Беларуская
медычная
думка.
1927.
№ 3-4-5.

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

3-ці год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 3-4-5

САКАВІК-КРАСАВІК-МАЙ
1927



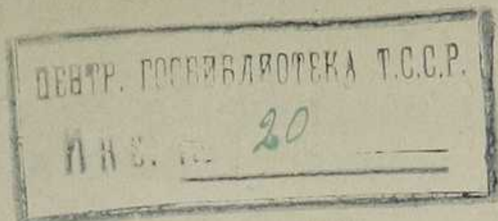
ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК



Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

3-ці год выданьня



БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 3-4-5

САКАВІК-КРАСАВІК-МАЙ
1927



ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

1-ая дзярж. друкарня. Зак. № 2037. У ліку 500 экз. Галоўлітбел № 25511.

Общественное здравоохранение и гигиена.

Да пытаньня аб рацыяналізацыі адміністрацыйнага апарату аховы здароўя.

М. І. Барсукоў.

У сучасны момант ува ўсей БССР разгарнулася шырокім фронтам кампанія па барацьбе з бюракратызмам і па паляпшэньню якасьці працы савецкіх устаноў. Гэтыя пытаньні пастаўлены ўпаўне своечасова, асабліва зараз, калі мы ўплатную падышлі да сацыялістычнага будаўніцтва народнае гаспадаркі.

Праціўнікі Кастрычнікавай Рэвалюцыі заўсёды зларадасна сьмяюцца над намі, гаворачы аб тых пэрспэктывах, якія чакаюць Савецкую Ўладу з пераходам у рукі Дзяржавы ўсіх прыватна-ўласьніцкіх функцый. Гэтыя „прэдсказацелі“ пужалі тым, што Дзяржаву можа заесьці шматлікавая стая чыноўнікаў, якія з жаднасьцю накінуцца на казённы савецкі хлеб, затым, што Дзяржава будзе прымушана замяніць прыватніка наёмным працаўнікам.

Але ўсе гэтыя разгаворчыкі ня ўлічвалі толькі аднаго, што ўлада пераходзіць да рабочай клясы, г. зн. да тэй клясы, каторая ні радзі чыноўнікаў і не дзеля іх задавальненьня зрабіла пабеданосную рэвалюцыю. Задача новай пралетарскай улады заключаецца ў тым, каб так пабудаваць апарат кіраваньня, каб ён быў лепшы, танейшы, гібчэй апарату буржуазнага. Дыктатура пралетарыяту апіраецца на рабочых і сялян і моцная тым, што яна да ўлады прыцягвае самыя шырокія працоўныя колы, якія ставяць сваёю мэтаю самім стаць гаспадарамі сваёй працы без пасрэдніцтва чыноўніцкага слою. Толькі тая ўлада і можа быць добраю, калі ўсякае камісійнае пасрэдніцтва будзе зьведзена да мінімуму і астануцца толькі вытворчыя, функцыянальныя ўстановы пад непасрэдным кантролем савецкай грамадзкасьці.

Мы вельмі часта заграмаджаем сваю працу дробнаю апекаю асобных больніц, дыспансэраў, цэнтралізуем іх каштарыс у самых Акруговых Аддзелах Аховы Здароўя заместа таго, каб сачыць за мэтодыкаю іх працы, плянава кіраваць імі і інструктаваць.

У пэрспэктыве ўсе нашы адміністрацыйныя нефункцыянальныя ўстановы павінны страміцца стаць плянавымі органамі, задача якіх— прыводзіць у парадак разбушаваўшуюся гаспадарчую стыхію.

У нас многа ўсякага рода камісій, але няма прывычкі мець у сваім апараце аўтарытэтнай нарады з спэцыялістых, непасрэдна працуючых, як гаворыцца, у станка, па пытаньням мэдыка-санітарнага будаўніцтва. Такую ролю павінен несьці Навуковы Мэдыцынскі Савет пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя і плянава-мэдыцынскія нарады пры Акруговых Аддзелах Аховы Здароўя. Задача адміністратара сумець атрымаць ад такой нарады адказы на цэлы шэраг практычных пытаньняў, і ў выглядзе абагульненьня даць інструкцыйны матар'ял на месцы. Іначай, пісаньне абежнікаў, высасаных з пальца, нікому ня дасьць абсалютна ніякай карысьці і толькі лішні раз зойме месца ў машыністкі, альбо заставіць сумаваць пэрафэрычнага працаўніка.

Пры гэткай сыстэме вялізарнае значэньне будуць мець навуковыя і арганізацыйныя зьезды, якія, пад'itожваючы свой вопыт працы, змогуць даваць аўтарытэтныя дырэктывы на вядомы прамяжутак часу. Праўда, у нас саздалося прадубяжджэньне да ўсякіх зьездаў, затым, што яны пякуцца іншы раз, як блінцы, без адпаведнай падрыхтоўкі. Але з гэтым патрэбна назаўсёды пакончыць і павесьці самую рашучую барацьбу з бескарысным многагаворствам.

Савецкая ўлада ў першыя гады свайго існаваньня не магла ўдзяліць дастатачна ўвагі да „апаратных“ пытаньняў. Было вельмі шмат другіх клопатаў, другіх запатрабаваньняў жыцьця. Прыходзілася альбо з боем вытрымліваць націск узброеных ворагаў, альбо тэрмінова залатваць старыя і сьвежыя прарэхі ў народнай гаспадарцы. І толькі напярэдадні 10-ай гадавіны вялікай пралетарскай рэвалюцыі мы можам сказаць, што прадварыцельны этап гэтага цяжкага цярністага шляху пройдзен і што мы выступаем у эпоху плянамернай сацыялістычнай пабудовы нашага жыцьця.

Праўда, і цяпер яшчэ міжнародны гарызонт акутан туманам і напружанасьць акаляючай нас абстаноўкі застаўляе вельмі нэрвова прыслухоўвацца да таго, што робіцца за межамі Савецкай Беларусі.

Тым ня менш гэта нэрвовая абстаноўка ня можа і не павінна адхіляць нас ад грандыозных задач па перапабудове на новы лад нашай старонкі.

На старонках нашай мэдыцынскай часопісі, напэўна, ня прыдзецца многа распрастраняцца на тэму аб значэньні аховы здароўя ў адзінай сыстэме народнай гаспадаркі, як адной з рухаючых сіл па падняцьцю вытворчасьці працы. Тут толькі неабходна застанавіцца на тых галоўнейшых рысах, па якім пойдзе рэарганізацыя Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя і яго органаў на месцах. Ахова здароўя ў сваёй працы ўнядраецца ўва ўсе часткі дзяржаўнага арганізму. Няма такога кутка ў нашым жыцьці, дзе магчыма было-б абысьціся без мэдыцыны. Кватэрнае будаўніцтва, камунальны дабрабыт, ахова працы ў прамысловасьці, грамадзкае харчаваньне, непасрэдная мэдыцынская дапамога працоўным—усё гэта саздае крайне складаныя ўмовы да правідловага падходу ў справе адміністраваньня аховы здароўя. Тут, як нідзе, найбольш часта пагражае небясьпека бюракратычнага забруджваньня, затым што прыходзіцца мець справы з жыцьцём, з бытам, дзе сухім прынцыпам альбо чыноўнічым абежнікам не адробішся. Але бюракратызм іменна і разьвіваецца там, дзе складанасьць задач і непадрыхтаванасьць працаўнікоў мяшаюць даць яскравы, просты адказ па шэрагу пастаўленых пытаньняў.

Народны Камісарыят Аховы Здароўя БССР даўно ўжо ўстаў на шлях упрашчэньня адміністрацыйнага апарату і павёў рашучую барацьбу супроць разбуханьня канцылярыі аховы здароўя. Той праэкт рэарганізацыі, які быў прыняты камісіяю РСІ 26-III 1927 году, уласна кажучы, зьяўляецца адбіткам пастановы 2-га Ўсебеларускага Зьезду вучастковых дактароў. Вось як сабе мысьліў зьезд тыя шляхі, па якіх павінна пайсьці рэарганізацыя Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

„Вся система управления в органах здравоохранения строится на принципе демократического централизма. Единый план, единая перспективная установка, общая принципиальная согласованность, устранение мелочной опеки с наибольшим простором инициативы и самодеятельности главврачей отдельных учреждений, укрепление труддисциплины—вот одна из основных предпосылок правильного функционирования всей медико-санитарной сети.

Задача Наркомздрава—быть авторитетным научно-директивным и регулирующим центром по всей линии здравоохранения. Окружные Отделы Здравоохранения—это органы инспекторского надзора; Райздрав—практический организатор низовой медико-санитарной ячейки. Условия текущего момента заставляют обратить особое внимание на Райздравы, которые должны занять в общей медико-санитарной системе особо важное место. Структура административных центров здравоохранения должна по возможности быть упрощена в сторону слияния всяких Отделов и П/Отделов. Сокращение аппарата должно итти по линии повышения квалификации. В окружном масштабе инспекторская и консультативная функции могут безболезненно быть переданы отдельным специальным учреждениям, например, завед. детским Диспансером может быть консультантом и инспектором по линии охраны здоровья детей и т. д.

При Окрздравах должно планомерно действовать научно-консультативное совещание из специалистов, так же, как при Наркомздраве особое значение приобретает Ученый Медицинский Совет.

Режим экономии и борьба с бюрократизмом помимо всех этих мероприятий должны найти свое отражение в правильно организованной отчетности, упрощении статистических форм, некоторой децентрализации собирания и разработки статистических материалов, а также в рационализации хозяйственного снабжения лечебно-санитарных учреждений и финансовой децентрализации последних. Необходимо обратить особое внимание на работу производственных совещаний и научных конференций при учреждениях. Подбор работников соответствующей квалификации имеет решающее значение для медико-санитарного дела, поэтому проводимый в настоящее время учет медицинских работников должен быть широко использован для этих целей.“

У нас, у БССР, у адміністрацыйным апараце органаў аховы здароўя ня было паталёгічнага разбуханьня штатаў. Усё, што зараз скарачаецца, уласна гаворачы, перадаецца толькі ў другія ўстановы. Да прыкладу, статыстыка, якая цалкам пераходзіць у Цэнтральнае Статыстычнае Кіраўніцтва. Паміж тым, як яна па штатным адзінкам мела досыць высокую ўдзельную вагу ня толькі ў Народным Камісарыяце Аховы Здароўя, але і ў Акруговых Аддзелах Аховы Здароўя. Так, статыстычная частка Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя складала каля 16 проц. усяго складу апарату, у Акруговых Аддзелах Аховы Здароўя—10-15 проц.

Таксама ёсьць праэкт перадаць грашовую частку ў Народны Камісарыят Грашовых Спраў і Акр. Аддзелы Грашовых Спраў. Гэта яшчэ канчаткова ня вырашана, і працуе спэцыяльная камісія, якая грунтоўна вывучае гэтае пытаньне. Бухгалтэрыя гэтак сама займае віднае месца па ліку штатных адзінак (у Народным Камісарыяце Аховы Здароўя 11 проц., у Акруговым Аддзеле Аховы Здароуя—15-20 проц).

Такім чынам, за вылікам яшчэ рабмэдаў, прадстаўнікоў арганізацый і выдвіжэнцаў—непасрэдны мэдыцынскі вытворчы апарат быў раней параўнаўча невялікім.

Штаты: прыходзіцца канстатаваць мізэрны лік хоць-бы за тым, калі ўзяць дзеля параўнаньня штаты Народнага Камісарыяту Асьветы і Акруговага Аддзелу Народнай Асьветы ў БССР.

Народны Камісарыят Аховы Здароўя .	38	штатных адзінак.
„ „ Асьветы . . .	87	„ „
Менскі Акр. Аддзел Аховы Здароўя . .	15	„ „
„ „ „ Нар. Асьветы . .	28	„ „

Асабліва рэзка кідаюцца ў вочы штаты Аддзелаў Аховы Здароўя ў саюзным маштабе. Ужо не гаворачы аб Народным Камісарыяце Аховы Здароўя РСФСР, дзе штат правышае 300 асоб, магчыма прывесьці настунныя лічбы:

Нар. Кам. Аховы Здароўя БССР	38
„ „ „ „ УССР	160
„ „ „ „ Грузіі	80
„ „ „ „ Аўтаномнай Татарскай Рэсп.	55
Краявы Аддзел Аховы Здароўя Паўночн. Каўказу . .	54
Аддзел Аховы Здароўя Смаленскай губэрніі . . .	38

Мне здаецца, неправідловы той погляд, калі крытэрыем колькасьці штатных адзінак дзеля адміністрацыйных установ бяруць размер абслугоўваемай тэрыторыі і лік маючыхся ўстаноў. Гэта правідлова дзеля больніцы, альбо мэдыцынскага вучастку, дзе якасьць працы проста пропорцыянальна ліку таго, што абслугоўваецца. Напрыклад, адзін вучастковы доктар пры радыусе 20 вёрст і 5.000 насельніцтва ня зможа зварочваючыхся да яго задаволіць мэдыцынскай дапамогай. Альбо, дапусьцім, у псыхіатрычнай лячэбніцы ігнарыраваньне ліку хворых можа зьвесьці на нет значэньне гэтай установы, як вастанаўліваючай працаздольнасьць.

Возьмем далей дзеля прыкладу санітарную справу. Якая розьніца ў лікавым атнашэньні па тэрыторыі і насельніцтве можа быць дзеля Чувашскай Рэспублікі, РСФСР і БССР. І там ёсьць кватэрнае будаўніцтва, грамадзкае харчаваньне, камунальны дабрабыт і г. д. Кіраўніцтва ўсім гэтым не залежыць ад ліку ўстаноў і аб'ёму іх працы і за гэтым высоўвае толькі некаторыя другія арганізацыйныя падходы ў адміністрыраваньні. Тут крытэрыем для падходу к штатным адзінкам адміністрацыйнага апарату будзе служыць функцыянальная прыкмета абслугоўваемых устаноў і характар іх працы. Было-бы нялепа ў Народным Камісарыяце Аховы Здароўя саздаваць банныя, прачашныя П/Аддзелы санітарна-эпідэмічнага Аддзелу, а больш мэтазгодней, каб НКАЗ абрастаў такімі навуковымі інстытуцыямі, дзе-бы вывучаліся мэтады баннай і прачашнай справы. Прачашная вельмі добра справіцца сама, але мэтодыку павінна чэрпаць з аўтарытэтнага спэцыяльнага асяродку, у прыватнасьці хоць-бы з санітарна-гігіенічнага інстытуту.

Такім чынам, задача зводзіцца да таго, каб з нашых Главкаў саздаць самыя невялікія, кампактныя апэратыўныя штабы, якія ў сваёй працы будуць апірацца на навуковыя Інстытуты і праз іх задавальняць запатрабаваньні мейсц.

Зноў-жа, калі да прыкладу ўзяць санітарную арганізацыю, то дзеля апошняй асяродкам павінен быць гігіенічны інстытут, а на мейсцах—санітарна-бактэрыолёгічныя лябораторыі.

Роля Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя зводзіцца да таго, каб усе яго падсобныя навуковыя асяродкі працавалі пад яго кіраўніцтвам па адзінаму пляну і адказвалі-б той клясавай сутнасьці нашай грамадзкасьці, якая пазволіла-б ім стаць блізкімі рабочым і сялянам.

Пры новай сыстэме кіраўніцтва выключна важную ролю нажывае Інстытут Сацыяльнай Гігіены, які павінен стаць навуковай лябораторыяй вывучэньня і практычных вывадаў па пытаньнях арганізацыі ахови здароўя.

Сацыяльная гігіена ёсьць сынтэз усіх мэдыцынскіх дысцыплін і ў той-жа час школа, дзе будуць рыхтавацца дактары-адміністратары

трамадаведы. Інстытут Сацыяльнай Гігіены пазволіць шырока выкарыстаць дзеля патрэб аховы здароўя санітарную статыстыку, цяпер перадаваемую ў ЦСК, і пры дапамозе яе падвесьці базу пад цэлы шэраг арганізацыйных пытаньняў. Любая галіна савецкай аховы здароўя павінна будзе найці ў сацыяльнай гігіене адказ на запытаньні бягучага дню, навучыцца мэтодыцы працы. Акрамя такога палітычнага значэньня—-гэта скарачэньне дасьць і значную эканомію выдаткаў дзяржаўных сродкаў.

Мы трацім на НКАЗ да гэтага часу
на апарат (заработная плата) . . 43.140 руб. ў год.
Цяпер-жа, пры новай сыстэме гэта
складзе ўсяго . . . . 22.968 „ „

Якія новаўвядзеньні праэктуюцца РСІ?

Першае: Акруговыя Аддзелы Аховы Здароўя, як аддзелы, ліквідуюцца. Заместа іх уводзіцца Інспэктарыят у складзе трох інспэктароў: акруговага, гарадзкога і аховы мацярынства і младзенства. Гэтыя тры інспэктары аб'яднаюцца наўкола акруговага, прычым гарадзкі непасрэдна мае сувязь з Гарадзкім Саветам. Увесь канцэлярскі апарат перадаецца ў Акруговы Выканком. Застаецца толькі пры Акруговым Інспэктары бухгальтар па фонду „Г" і сакратар, прычым апошняя пасада неабавязкова. Санітарная арганізацыя ня зьмешваецца з апаратам. Пастарому захоўваецца акруговы санітарны доктар і школьна-санітарныя дактары. Больш таго, РСІ падтрымала пункт погляду НКАЗ аб неабходнасьці ў пяцігадовы плян увесьці ў кожным раёне пасаду раённага санітарнага доктара, ускладаўшы на яго абавязкі і адміністрацыйнага рэгуліраваньня пытаньняў аховы здароўя ў раёне. Гэтым самым запаўняецца пустое мейсца, якое было да гэтага часу ў раёне ў сэнсе адміністрацыйнай раённай арганізацыі аховы здароўя.

Культурныя Аддзелы РВК, будучы перагружаны другою працай ня цікавіліся пытаньнямі аховы здароўя і ўсё зводзілася да неафіцыйнай нагрузкі на доктара раённай больніцы. Каштарысы асобных устаноў павінны быць дэцэнтралізаваны, і ўся раённая справаздачнасьць непасрэдна пaступае ў Акруговы Грашовы Аддзел. Але гэта ня значыць, што ўсе больніцы, дыспансэры выйдуць з-пад уплыву органаў аховы здароўя. Гэта будзе выключна залежыць ад умелага падходу таго кадру інспэктароў, які абразуецца ў акрузе, і ўсёй сыстэмы іх працы. Мы мысьлім, што ў асобе гарадзкога інспэктара—акруговы інспэктарыят будзе бачыць, галоўным чынам, працаўніка па лекава-прафіляктычнай справе. Роля сан.-эпіда будзе выконвацца акруговым санітарным доктарам. Ахова здароўя дзяцей і падлеткаў будзе ўзлажыцца загадчыкам Акруговага Дзіцячага Дыспансэра; сацыяльныя хваробы будуць прадстаўлены працаўнікамі дыспансэру. Санітарная асьвета пойдзе па лініі больніц, дыспансэраў і дамоў санасьветы. Усё гэта ў цэлым павінна аб'яднацца пры акруговым інспэктары праз плянавыя мэдыцынскія нарады. Інспэктарыят павінен помніць, што асяродак цяжкасьці пры гэтай сыстэме будзе перанесен на раён і што там асабліва неабходна саздаць моцнае кіраўніцтва. Пляніраваньне інтарэсаў акругі ў цэлым, у прыватнасьці гораду і вёскі, і непасрэднае падчыненьне інспэктарыяту павінна быць прадстаўлена прэзыдыуму Акруговага Выканкому. Сувязь з НКАЗ будзе ісьці праз акруговага інспэктара.

Другое: У Народным Камісарыяце Аховы Здароўя галоўнаю зьменаю зьяўляецца замена Аддзелаў Інспэктарамі, непасрэдна падлеглымі Народнаму Камісару Аховы Здароўя. Народны Камісарыят

Аховы Здароўя дзеліцца на чатыры галоўныя часткі: лекава-прафіляктычная (2 інспэкгары), санітарна-эпідэмічная (1 інспэктар), ахова мацярынства і младзенства (1 інспэктар) і ахова здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў (1 інспэктар). Застаецца яшчэ адчыненым пытаньне аб арганізацыйнай частцы. Народны Камісарыят Аховы Здароўя лічыць, што для агульнага ўзгадненьня цэлага шэрагу вытворчых плянаў і заканадацельства,—існаваньне гэтай часткі неабходна. Навізною гэтак сама зьяўляецца ўвядзеньне ў штат НКАЗ санітарнага інжынэра. Статыстыка цалкам пераходзіць у ЦСК. Пытаньне аб мейсцы знахаджэньня бухгалтэрыі яшчэ застаецца адчыненым.

Трэцьце: РСІ лічыць мэтазгодным злучэньне калегіі НКАЗ з Навуковым Мэдыцынскім Саветам і застаўленьне ў непасрэдным вядзеньні НКАЗ тых навукова-дасьледчых інстытутаў, якія будуць зьяўляцца навуковай базай дзеля працы Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

Вось у кароткіх рысах тая схэма, па якой прадстаіць перабудова нашых органаў аховы здароўя.

Патрэбна помніць, што посьпех правядзеньня ўсяго гэтага будзе залежыць ад двух прычын: першае—калі ўся сыстэма савецкага апарату ў цэлым будзе перабудована на рацыянальных асновах, і другое—шырокае прыцягненьне савецкай грамадзкасьці да пытаньняў рацыяналізацыі працы.

Як магчыма менш саматужнічаства ў гэтай складанай і адказнай справе, больш удумчывасьці і плянавасьці.

Некаторыя заўвагі аб працы мэдыцынскага вучастку ў вёсцы.

М. І. Барсукоў.

Будаўніцтва аховы здароўя ў БССР уступае ў той пэрыяд сваёй дзейнасьці, калі патрэбна грунтоўна прыглядзецца да працы нізавой лекава-санітарнай ячэйкі. Мы занадта часта гаворым аб прынцыпах, але забываем аб якасьці таго, што ўжо існуе. Мы яшчэ вельмі мала зрабілі дзеля таго, каб палепшыць асобныя часткі нашай аховы здароўя, яе складаныя элемэнты. Адзін з такіх асноўных элемэнтаў усёй мэдыка-санітарнай сеткі ў вёсцы зьяўляецца мэдыцынскі вучастак, а ў ім—правідлова працуючая раённая бальніца, сельска-ўрачэбная амбуляторыя, акушорска-фэльчарскі пункт і г. д.

Практыка жыцьця гаворыць, што няма поўнай яснасьці як у мэтодыцы працы вучастку, гэтак і ў тых узаемаадносінах, якія існуюць паміж яго асобнымі ўстановамі. Усякі мэханізм павінен чотка працаваць, павінен ведаць сваю мэтавую ўстаноўку. Неабходна пры нашых мізэрных сродках заўсёды ўзважываць тыя магчымасьці, пры якіх найлепшым чынам магчыма выкарыстаць даную ўстанову. Лепш сьвядома абмежаваць кола яе дзейнасьці, але за тое, у абшарах яму даступных, гэтак паставіць працу, каб яна адпавядала свайму прызначэньню.

Цяпер настаў такі час, калі з вялікіх размахаў, неаб'ятных плянаў неабходна перайсьці да падробнай дэталізацыі і дабіцца поўнага зьліквідаваньня ўсяго таго, што можа мяшаць працы.

Пад вучасткам у раёне мы мысьлім бальніцу з амбуляторыяй альбо самастойную ўрачэбную амбуляторыю з акушорска-фэльчарскім пунктам.

Межы абслугоўваньня сельскага насельніцтва не заўсёды бываюць яскрава абмяжованы і загэтым разьмер абхвату насельніцтва носіць выпадковы, расплыўчаты характар. Праўда, тут яшчэ маюць вялікае значэньне ступень кваліфікацыі як пэрсоналю, працуючага ў данай установе, гэтак і якасьць абсталяваньня адпаведнаю мэдыцынскаю маемасьцю. Магчыма часта назіраць, як да добрага хірурга сьцякаюцца сяляне з усіх суседніх раёнаў і бязвольна падобная бальніца пачынае прымаць міжраённае значэньне.

Усё-ж, як правіла, сталае разьмежаваньне павінна быць, іначай губіцца ўсякая магчымасьць даць працы звычайны напрамак.

Вучастак, па магчымасьці, павінен адпавядаць адміністрацыйнаму падзелу на сельсаветы. Гэта, канечна, яшчэ ня значыць, што ў кожным сельсавеце павінна быць урачэбная амбуляторыя. Гэткага „ідэалю" мы яшчэ доўга не дачакаемся. Але ўсё-ж такі да вучастку павінны быць прымацованы вядомыя сельсаветы, за санітарны дабрабыт якіх нясе адказнасьць даны вучастковы доктар. Пры арганізацыі новай амбуляторыі неабходна заўсёды ўлічваць ня толькі лік „душ", падаючых на доктара, але гэтак сама прымаць пад увагу экономіку данага раёну і ачагі тых альбо іншых захвараваньняў. Асабліва важнае значэньне

набываюць тыя пасёлкі, дзе канцэнтрыруюцца размаітыя кірмашы, рынкі, зборышчы. Там мэдыцынскі пункт пажаданы ў першую чаргу. Пад „ачагамі“ я разумею, галоўным чынам, скопішчы хворых сацыяльнымі хваробамі; з іх—пранцы, сухоты і трахома ў нас, у Беларусі, займаюць асабліва відавочнае месца. Упаўне вядома, што і абсталяваньне вучасткаў і падбор мэдыцынскага пэрсоналу будуць цесна зьвязаны з тым „эпідэміолёгічным пэйзажам“, характэрным для тэй ці іншай мясцовасьці. Бязумоўна, нам прыдзецца перайсьці на некаторы час на прыданьне ўрачэбнай амбуляторыі спэцыфічнага ўхілу ў бок абслугоўваньня тэй групы хваробаў, якія маюць шырокае распаўсюджваньне сярод таго сялянства, якое акаляе амбуляторыю.

Якая асноўная задача вясковага вучастку—правідловей сельскай амбуляторыі? Адказ павінен быць адзін—аказаньне першай мэдыцынскай дапамогі і дыспансэрнае назіраньне. Сельскі вучастак—гэта ёсьць дыспансэр, у якога ролю стацыянару грае раённая бальніца. Сельская амбуляторыя дае толькі першую дапамогу, назірае за акаляючым насельніцтвам, улічвае неблагапрыемныя моманты быту і працы, прымае ўдзел у санітарнай ахове здароўя свайго вучастку, але ўсякае сур‘ёзнае ўмяшацельства і апэратыўную дапамогу доктар амбуляторыі застаўляе да раённай бальніцы.

Раён павінен зьявіцца асяродкам, дзе хворы можа атрымаць усё неабходнае дзеля свайго сур‘ёзнага лячэньня і дзе ён можа мець кансультацыю са спэцыялістым. Хірургія, акушорства-гінеколёгія, вочныя хваробы, лячэньне сухот павінны быць прадстаўлены ў раённай бальніцы. Тут не павінна быць адмоўлена па гэтых захвараваньнях і сялян нельга па гэтаму поваду пасылаць у горад. У сельскай амбуляторыі доктар павінен умець прымаць роды, умець аказваць першую хірургічную дапамогу і ведаць, як рабіць сальварсанныя ўліваньні. Пры кожнай сельскай амбуляторыі абавязкова павінен быць зубаўрачэбны габінэт. Анцірабічаскія і іншыя прывіўкі неабходна сканцэнтраваць пры раённай бальніцы.

Акрамя гэтых агульна-лекава-прафіляктычных задач на доктара сельскай амбуляторыі ўскладаюцца гэтак сама абавязкі і санітарнага нагляду. Агульна-санітарнае кіраўніцтва ляжыць, як правіла, на раённым санітарным доктары, якога неабходна як магчыма скарэй увесьці ў кожным раённым асяродку, але яго пэрыфэрычным канцом павінен быць вучастковы амбуляторны доктар. З гэтаю працаю доктар справіцца толькі тады, калі ў яго будзе пад рукою добра падрыхтаваны сярэдні мэдыцынскі пэрсонал—добра падрыхтаваная сястра альбо мэдыцынскі памоцнік. Бязумоўна, што частка амбуляторнага прыёму, паўторныя выпадкі—могуць свабодна абслугоўвацца памоцнікам доктара. Іх задача—падрыхтаваць матар‘ял, папярэдне разабрацца, прарабіць усю чарнавую працу. Пры такіх умовах працы доктар бязумоўна будзе лепш выкарыстаны і ў яго застанецца больш свабоднага часу дзеля санітарных мэтаў. Іначай няізьбежна доктар замкнецца ў нэдрах сваёй амбуляторыі, загразьне ў рэцаптурных пропісях, і такія вялікія пытаньні, як пляніроўка вёскі, вадазабясьпека, застройка, назіраньне за школаю—пройдуць міма, на іх доктар ня зможа застанавіць свайго погляду. Тут, кстаці, патрэбна сказаць некалькі слоў і аб аптэцы. Роўналежнае існаваньне двух аптэк—гаспадарчай і бальнічнай немэтазгодна. Патрэбна іх зьліць разам. Тып адзінай аптэкі дасьць ня толькі скарачэньне выдаткаў на ўтрыманьне, але прыдасьць больш мэдыцынскі характар самой аптэцы і зьвяжа яе з мэдыцынскім вучасткам. Патрэбна прывучыць глядзець на аптэку, як на ўстанову мэдыцынскага характару, якая імкнецца, галоўным чынам, забясьпечваць насель-

ніцтва мэдыцынскімі і гігіенічнымі рэчамі, але ня толькі ізвлякаючай прыбыткі. Аптэкі павінны перарабіцца ў культурны санітарна-асьветны асяродак, дзе-б сяляне вучыліся гігіене свайго дабрабыту. Таннае мыла і недарагая зубная шчотка павінны праз аптэку найці шырокі доступ у жыцьці селяніна. У аптэках павінны абавязкова быць зарганізаваны сан-асьветныя куткі, дзе ў даступнай, лёгкай форме патрэбна высьвятляць усе санітарныя недахопы данага пасёлку.

Фізычнае выхаваньне сялянскае моладзі, школы ня могуць быць абойдзены вучастковым доктарам. Доктар у гэтай вобласьці павінен стаць першым арганізатарам і самым актыўным удзельнікам. Настаўнік і доктар—іх ролі цесна пераплецены. Выхаваўчае значэньне і таго і другога ў вёсцы вялізарнае. Але значэньне доктара можа і павінна быць вышэй яшчэ і затым, што вобласьць яго ўмяшацельства ў жыцьцё куды большае, чым настаўніка. Пры дыспансэрным разуменьні доктарскіх абавязкаў—доктар мае справу ня толькі з хворым чалавекам, але і з здаровым.

Магчымасьць выкарыстаньня фізычнай культуры, як мэтада аздараўленьня—адчыняе перад доктарам такія шырокія пэрспэктывы, якія бязумоўна паставяць яго аўтарытэт і значэньне на першае месца ў вёсцы.

Некалькі слоў патрэбна яшчэ сказаць аб ролі вучастка ў вобласьці аховы мацярынства. Неправідлова некаторыя мысьляць, што можна кіраваць гэтаю вобласьцю праз галаву вучастковага доктара. Вопыт паказаў, што там, дзе яслі былі зарганізаваны без урачэбнага нагляду—праца іх была зусім нездавальняючай. Яны ня мелі таго санітарна-выхаваўчага значэньня, якое зьяўляецца іх простаю мэтаю.

Усё, што маецца ў зоне вучастка, ці будуць гэта дзіцячыя ўстановы, ці другія ўстановы мэдыцынскага характару—усё гэта кіруецца па адзінаму пляну, адзінай воляй вучастковага доктара. Іначай кіраўніцтва толькі прынясе путаніцу, сарве належную працу і не апраўдае тых сродкаў, якія трацяцца дзяржаваю. Вучастковы доктар павінен гэтак сама кіраваць і акушорскаю дапамогаю. У большасьці выпадкаў акушорка ня ідзе сама да сялянкі і толькі зьяўляецца па вызаву. Гэта трэба адхіліць. Акушорка павінна глядзець на сваю працу, як, галоўным чынам, на выхаваўчую і загэтым мэта яе павінна быць—саздаць пры сельскай амбуляторыі куток дзеля гутаркі з сялянкамі па пытаньнях іх гігіены. Доктар не павінен праўрашчаць акушорку ў заўхоза, але памагаць ёй, як магчыма шырэй, больш разгарнуць сваю грамадзкую працу.

Пасьля ўсяго сказанага мімаволі задаешся пытаньнем—ці магчыма пры сучасных умовах працы ўсё гэта выпаўніць.—Бязумоўна, магчыма, калі не фармальна, але ўдумчыва падыйсьці да выкарыстаньня таго, што мы зараз маем. Першае, на што патрэбна зьвярнуць увагу—гэта абсталяваньне вучастку. З кожным годам мы ўсё болей і болей трацім дзяржаўных сродкаў на забесьпячэньне лекавых устаноў, але, нажаль, ня можам яшчэ дабіцца таго, каб найгалоўнейшыя патрэбы былі задаволены. Чым гэта тлумачыцца? Пэўна, ня злою воляю органаў аховы здароўя, а проста іншы раз няўменьнем самых працаўнікоў вучастку добра разабрацца ў тым, што ў даны момант і пры даных абставінах дзеля ўстановы зьяўляецца неабходным.

Патрэбна прыняць усе крокі да таго, каб саздаць у сельскага доктара такую акалічнасьць, пры якой магчыма было-б працаваць і элемэнтарную магчымасьць навукова думаць. Навука жыве ня толькі ў унівэрсытэцкіх габінэтах і інстытутах, яна мысьліма і ў вясковых умовах, калі доктару, напрыклад, ня прыдзецца ў гліняных гаршкох

перагатоўваць свае інструмэнты, а будзе дана магчымасьць мець прымітыўны стэрылізатар. Альбо калі санітарны аналіз ня прыдзецца рабіць толькі носам, але калі доктару будзе дадзен самы просты набор хіміка-аналітычных сродкаў і, наканец, калі доктару дадуць магчымасьць атрымліваць кнігі, езьдзіць у навуковыя камандыроўкі. Вось той мінімум „навуковых“ прадпасылак, які прэўраціць саматужную працу доктара ў настаяшчую, удумчывую, сур'ёзную дзейнасьць.

На бліжэйшы час патрэбна дабіцца таго, каб усе раённыя бальніцы былі забясьпечаны аўтаклавамі, а ўрачэбныя амбуляторыі паходнага тыпу санітарна-аналітычнымі лябораторыямі дзеля прарабленьня прасьцейшых аналізаў. Сальварсан павінен быць пад рукой кожнага вясковага доктара і апошні павінен уладаць тэхнікаю ня толькі ўліваньня Сальварсана, але і ўмець распазнаваць пранцы. Бясспрэчна, што такі характар працы, які мы прыдаем вучастку, патрабуе і адпаведнай падрыхтоўкі. Вучэбнаю праграмаю мэдыцынскага факультэту гэта неабходна ўлічыць і зрабіць патрэбныя арганізацыйныя вынікі. Дзеля ажыцьцяўленьня ўрачэбнай думкі неабходна практыкаваць у раённым маштабе мэдыцынскія канфэрэнцыі, на якіх дактары змаглі-б дзяліцца вопытам сваёй працы.

Вучастак павінен забясьпечвацца мэдыцынскаю літаратурай, а доктар абавязан прымаць дзеяцельны ўдзел у мэдыцынскай прэсе і ў першую чаргу абменьвацца сваімі ўражаньнямі ў „Беларускай Мэдычнай Думцы“. Пытаньне аб перадвіжэньні мэдпрацаўнікоў у вёсцы ўпіраецца ў транспарт. З усіх вучасткаў нясецца вопль—няма перавозачных сродкаў і за гэтым нельга весьці прафіляктычнай працы. Ці гэта так? Канечна, у тэорыі добра мець каня з пралёткаю пры кожнай урачэбнай амбуляторыі, але наўрад ці гэта ўдасца ажыцьцявіць у бліжэйшы час. Народны Камісарыят Аховы Здароўя ў гэтым каштарысным годзе дабіўся асыгнаваньня 50 рублёў на кожную ўрачэбную амбуляторыю ў вёсцы і гэта бязумоўна ўжо зьяўляецца некаторым дасягненьнем. Прыдзецца некаторы час ісьці па гэтаму напрамку і замест пастаяннага транспарту дабівацца павялічэньня сродкаў на доктарскія разьезды. Яшчэ бок дабрабыту, які непатрэбна забываць—гэта рэгуляраваньне камандыровак вучастковага медпэрсаналу дзеля навуковых мэтаў удасканаленьня. Бязумоўна, гэта дасьць вялізарную карысьць тым таварышам, якія раскіданы па глухіх куткох і падчас лішаны ўсякай магчымасьці сачыць за навуковымі дасягненьнямі. Праца доктара павінна быць урэгуліравана, уложана ў цесныя рамкі, і погляд, што доктар павінен працаваць 24 гадзіны ў суткі.—павінен быць выжыт назаўсёды. Заработная плата, канешна, яшчэ доўгі час ня будзе падцягнута да нормы, але ўсё-ткі да гэтага патрэбна імкнуцца і ісьці больш шпаркімі крокамі, чым гэта рабілася раней. Тады магчыма будзе вясьці барацьбу з прыватнаю практыкай, і аўтарытэт доктара ня стане падрывацца з-за гэтага крайне няпрыемнага, але, да жалю, неабходнага зараз прыдатку да доктарскай пэнсіі. Кватэрны крызіс будзе выжыт толькі тады, калі пры новым будаўніцтве сеткі будзе ўлічана кватэрная плошча і дзеля мэдпрацаўніка. Пры кожнай новай пабудове бальніцы, амбуляторыі і г. д. абавязкова неабходна прадугледзець кватэру мэдпрацаўнікам.

Наканец, уся прафіляктычная праца доктара ня будзе мець зьместу і будзе круціцца на халастым хаду, калі доктар ня выкарыстае савецкай грамадзкасьці.

Кепская праца санітарных камісій сельсаветаў у значнай ступені тлумачыцца тым, што яны зусім знаходзяцца без кіраўніцтва дактароў. Паміж тым, бяз доктара, канешна, праца ня будзе насіць плянавага

характару і ня зможа здавальняць лекава-санітарным запатрабаваньням. Каб санітарныя камісіі ўвязаць з вучасткам, неабходна заняцца арганізацыяй пры ўрачэбных амбуляторыях Саветаў Сацыяльнай Дапамогі з шырокім удзелам у іх сялянства. Мэтодыку гарадзкіх Саветаў Сацыяльнай Дапамогі не мяшала-б папрабаваць і ў вёсцы, канешна, з адпаведнымі карэктывамі. Калі-б удалася такая арганізацыя, то праз яе магчыма было-б зьвязацца з санкамісіямі і саздаць з іх базу практычнага правядзеньня ў жыцьцё рашэньняў і мерапрыемстваў, прапрацаваных Саветам Сацыяльнай Дапамогі. Вось, прыблізна, тыя беглыя думкі, якія, магчыма, памогуць разабрацца ў складанай абстаноўцы працы сельскага доктара.

Апіраючыся на сялянскую грамадзкасьць, строга разьмежаваўшы ролі працы бальніц і амбуляторый, саздаўшы благапрыемную культурную абстаноўку дзеля сваёй працы—мэдвучастак у вёсцы стане культурным ачагом сярод сялянства.

Нашым лёзунгам павінна быць: больш увагі да драбніц; менш увлячэньняў лікам, большае ўстрамленьне на якасьць мэдыцынскай дапамогі.

Конкретное содержание социально-профилактического направления деятельности участкового врача.

Проф. З. Г. Френкель.

Одним из наиболее коренных начал советской медицины признается ее социально-профилактическое направление. Не оказание помощи отдельным заболевшим само по себе, а всестороннее врачебно-санитарное обслуживание населения и прежде всего его основных трудовых масс—такова цель современной советской медицинской организации. Самое заболевание рассматривается при этом не как случайное бедствие, выпадающее на долю отдельных лиц в силу особого индивидуального их предрасположения, либо под влиянием индивидуально сложившегося особенно неблагоприятного сочетания условий жизни, а как проявление социального нездоровья, как продукт жизненной обстановки определенных социальных групп или целых социальных слоев населения. Устранять заболевания, ослаблять заболеваемость населения можно поэтому только воздействуя на те его группы, среди которых заболевания появляются,—устраняя порождающие среди них заболеваемость, социальные условия, видоизменяя обстановку жизни, уменьшая в ней совокупность неблагоприятно действующих на здоровье факторов, вообще—принимая меры к оздоровлению условий труда и быта именно наиболее угрожаемых групп населения.

Даже чисто клиническое направление медицины в лице его наиболее выдающихся представителей пришло уже давно к выводу, высказанному еще в 1889 году проф. Unverricht'ом:* „более прекрасной и великой и быть может более достижимой, более доступной, чем лечить болезни—является задача предупреждать болезни—профилактика". Теперь медицинская мысль пошла гораздо дальше,— глубже проникла в социальную сущность заболеваемости и вполне уяснила, что самое предупреждение болезней, их профилактика—только и может состоять в оздоровлении жизненной обстановки той социальной группы, в которой зарождаются заболевания. А такое оздоровление уже совершенно явно недоступно силам и воздействиям узко-врачебным. Оно может ставиться как цель, и к нему можно итти только на основе организованной самодеятельности активных групп самого населения.

Таков смысл основного лозунга современной советской медицины „здоровье трудящихся—дело самих трудящихся", в нем сущность и сокровенный внутренний смысл тех основ советской

* Prof. Unverricht, Berliner Klinik 1889, H. 13.

медицины, первым словом которых служит „предупреждение болезней“, а последним „самодеятельность трудящихся и санитарное просвещение“ *.

По существу, таким же пониманием социальной сущности болезней характеризуется и все современное направление социально-гигиенической мысли на Западе. Один из наиболее выдающихся немецких представителей социальной гигиены проф. Gottstein вскоре после войны в 1919 г. в статье „о перспективах развития социальной гигиены“ основным положением последней выставил признание определяющего значения для социального здоровья экономических условий и принадлежности к той или иной социальной группе. „Опасность или возможность заболеваний, самое возникновение их, течение, характер и исход болезней—во всем этом обнаруживаются весьма значительные отклонения в зависимости от социального положения данной группы, данного слоя населения. С этой зависимостью должна считаться вся система мер к предупреждению угрожающей заболеваемости и к борьбе с возникшими заболеваниями, как массовым явлением“. При этом—социально-гигиеническое попечение (по нашей теперешней московской терминологии диспансеризация лечебного дела“)—строится на 3-х главных положениях, формулированных в этой статье в 1919 году проф. A. Gottstein'ом в следующих словах: „Einbeziehung der gesammten durch ihre Saziale Lage irgendwie gefärdeten Befölkerungs schicht in dauernde ärztliche Beobachtung unter Benutzung planmässiger Methoden der Werbung, Feststellung der krankheitsanlagen und Krankheitsanfänge, und Vermittelung der Behandlung; hygienische Aufklarung, Berathung und Erziehung“, т. е. на взятии под организованное постоянное врачебное наблюдение, с применением планомерных методов выяснения болезненных предрасположений всей группы населения, находящейся в особо угрожаемом положении (по нынешней московской терминологии—взятие на учет); обеспечение соответственной помощи, санитарно-гигиеническое просвещение, консультативная и санитарно-воспитательная помощь“.

Но представители современной социальной гигиены так же отчетливо, как у нас 40 лет тому назад Е. А. Осипов и Ф. Ф. Эрисман—понимают, как говорит Готштейн, что „бедность в качестве массового явления не может быть устранена социально-гигиеническим попечением. Как классовое состояние бедность (Armut als Klassenzustand) служит проявлением последствий вырастающих на почве экономического развития. Ожидать устранения бедности от мер социально-гигиенического обслуживания населения—это значит переоценивать значение и возможную область проявления результатов социально-гигиенического попечения, об'ем и самые формы которого будут всегда стоять в зависимости от экономики, от хозяйственного положения и экономической политики. Это ограничение общественного значения социально-гигиенического обслуживания необходимо вперед иметь в виду, так как работники всякой специальной области легко впадают в переоценку своей отрасли дела и склонны неправильно думать, что все беды должны поддаваться воздействию мер их специальности. Классовую бедность, также как и классовые противоречия нельзя устранить социально-гигиеническим попечением“ **.

* Пять лет советской медицины, изд. Наркомздрава РСФСР, 1923, стр. 8.

** A. Gottstein: Ausblik in die Zukunft der sozialen Hygiene. Zeitschriftt für Soz. Hyg., Fürsorge u. Krankenvesen 1919. N 1.

Нечего и говорить, что это кажущееся таким глубоким и неожиданным в устах немецкого ученого специалиста по социальной гигиене, признание относительной ограниченности значения самой по себе системы социально-гигиенического обслуживания населения—является и не может не быть—элементарной азбукой для всякого работника советской медицины. Вся советская медицина—с ее наиболее прочно и глубоко коренящимися в огромном и плодотворном предшествующем опыте нашей общественной медицины основами—разумеется только и может мыслиться в органической связи со всеми современными общественными силами и учреждениями,—лишь как одна из составных частей всего советского строительства жизни, направленного к преодолению именно „классовой бедности и классовых противоречий“, о которых говорит Готштейн в вышеприведенной цитате.

Непосредственное понимание глубокой зависимости социального здоровья от экономических и социальных условий, в которых находится население,—понимание неизбежности для общественно-санитарных работников искать путей, чтобы опереться на самодеятельность масс населения, направленную к изменению этих условий,—было основным характерным содержанием так называем. санитарного направления нашей прежней еще досоветской общественной медицины в предшествующий земский период ее развития. Эта сторона санитарного или по современной терминологии—социально-профилактического направления нашла свое углубленное выражение в известной полемической записке, представленной в 1888 г. корифеями общественной медицины Ф. Ф. Эрисманом и Е. А. Осиповым в комиссию (под председательством С. П. Боткина) об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России. Между прочим, в этой записке авторы ее писали: „Основываясь на всем том, что установлено санитарными исследованиями земских врачей с уверенностью можно утверждать, что те и другие санитарные вредности лежат на необ‘ятном фоне основной из них—на вопиющей народной бедности... Очевидно, как ни важны те или другие санитарные влияния на здоровье нашего населения, но они весьма часто подавляются влиянием еще более мощного экономического фактора и, вероятно, что у нас сила смертности и болезненности сельского населения должна находиться в довольно прямом отношении с благосостоянием и сравнительно в меньшем числе случаев—санитарными условиями в тесном их значении... Если жизненные процессы индивидуума крайне сложны, то понятно в целом обществе они еще гораздо сложнее; если для заключения о происхождении и свойстве страдания у отдельного человека требуются знания и комбинированные исследования и наблюдения, то никак не менее важны они для заключения об этиологии и характере патологического состояния целого общества; если для восстановления здоровья отдельного человека нельзя не касаться различных условий его жизни, то очевидно этого никак нельзя игнорировать по отношению к больному обществу“ *.

Такое понимание санитарного направления общественной медицины, ее социально-гигиенической сущности и основной профилактической природы—отчетливо отразилось в том докладе В. С. Лебедева

---

* „Мнение проф. гиг. Моск. ун. Ф. Ф. Эрисмана и завед. губ. санит. бюро Моск. Зем. Н. А. Осипова по вопросам о санитарном благоустройстве России“. Прилож. к журналам учрежд. при Мед. Сов. Комиссии по вопросу об улучшении санит. условий и уменьшении смертности в России, вып. II, СПБ, 1888, стр. 147—181, см. на стр. 172—175.

„Об основаниях плана общедоступной врачебной помощи“, который в течение долгого времени служил как бы общепризнанною платформою общественно-медицинского строительства и общественно-медицинской деятельности у нас: „Земская медицина приняла врачебно-санитарное направление и в своем развитии все крепче утверждается в нем. Основная задача ее заключается не только в том, чтобы лечить, но еще более в том, чтобы предупреждать болезни, повышать работоспособность населения, действуя непосредственно на устранение коренных причин, понижающих уровень общественного здоровья и сокращающих человеческую жизнь. Отсюда тесная неразрывная связь между деятельностью собственно врачебно-санитарною и другими отраслями общественной деятельности в особенности в области просвещения и улучшения экономического благосостояния народа. Отсюда культурно-просветительная миссия земской медицины, без чего она не могла бы с успехом достигнуть даже и своих узко-специальных целей. Бесплатная компетентная врачебная помощь всему населению и в широком смысле оздоровление условий жизни и работы этого населения, как цель, коллегиальность, гласность, деятельность подлежащая свободному обсуждению, доступная общественному воздействию и контролю, как средство к достижению этой цели—таковы непоколебимые устои, выработанные жизнью и отвечающие интересам народа. Центральное место во всей этой системе общественной медицины принадлежит общедоступной и по возможности равномерно-доступной врачебной помощи всему населению путем децентрализации врачебной помощи развитием сети участковых лечебниц, так как именно врачебный участок (участковая лечебница) представляет собой исходный пункт всей системы, ту основную ячейку врачебно-санитарной организации, откуда все идет и куда все должно направляться: здесь врач близко соприкасается с населением, оказывает ему медицинскую помощь и санитарную, регистрирует заболеваемость, тесным образом входит в окружающую жизнь, одним из необходимых элементов которой становится лечебница; здесь получается материал при всевозможных местных обследованиях, здесь осуществляются на местах различные меры практической санитарии, сюда возвращается разработанный и проанализированный статистический материал по болезненности населения и другим санитарным вопросам, служа указанием и обоснованием дальнейшего совершенствования дела“ *.

Таково изображение в этом докладе, составленном в 1902 году сущности всей исподволь сложившейся в условиях основного хозяйственного уклада нашей страны системы общественно-медицинского обслуживания главной массы сельского населения путем развития деятельности сети участковых лечебниц. При предельной сжатости, приближающейся к краткости алгебраических формул и построений, формулировка В. С. Лебедева имеет все достоинства отстоявшегося, из конкретного материала выведенного общего положения. Стоит в этой формуле вместо общих выражений—вместо алгебраических количеств подставить конкретные данные, и она вся оденется в плоть и кровь живой обстановки, она вся наполнится трепетом жизни нашей

* З. Г. Френкель. Общественная медицина и социальная гигиена. 1926, Ленинград. Изд. П. П. Сойкина, см на стр. 58-59.



недавней общественной медицины, условиями врачебно-санитарной деятельности среди сельского населения, с его конкретными нуждами, с его еще очень зачаточными способностями к организованной самодеятельности и с неизбежною ролью в этих условиях местных культурных работников, тесно спаянных с населением.

Попробуем иллюстрировать все значение общих положений В. С. Лебедева на живом непосредственном материале отдельного типичного случая.

„Тридцать лет культурной работы участкового врача в деревне"— под таким заглавием президиум профилактического совещания в селе Пятница-Берендеево, Воскресенского уезда, Моск. губ. издал в 1925 г. краткий очерк развития деятельности Пятницкой участковой лечебницы с 1892—1924. Очерк составлен В. Н. Повалишиной, бывшей в Пятницкой лечебнице более 30 л. уч. врачем. С эпической простотой нашли свое отражение в этом очерке все характерные и наиболее ценные стороны подлинного санитарно-профилактического содержания и направления общественной участковой медицины. В. Н. Повалишина была первым организатором Пятницкой участковой лечебницы в 1892—94 г. В самом возникновении этой участковой лечебницы определенно и верно отражается значение одной из главных движущих пружин и общей почвы для зарождения и развития нашей прежней общественной медицины: в силу значительного развития целого ряда эпидемий (нат. оспы, брюшного и сыпного тифа, дифтерита, скарлатины и пр.) и под влиянием угрожавшей эпидемии холеры в 1892 г. по заключению Губ. С'езда Земских Врачей Московской губ., решено было открыть в Пятницком районе новый врачебный участок. Еще в конце 80-х годов Губ. С'ездом врачей было установлено неблагополучие в санитарном отношении Пятницкого района, выразившееся в превышении смертности над рождаемостью в течение ряда лет в двух смежных волостях С'езд признал необходимым для изучения причин этого тяжелого санитарного состоянии населения командировать в этот район специальный санитарно-эпидемический отряд. В результате работы командированного отряда главными причинами санитарного неблагополучия признаны были: 1) „крайняя бедность населения и 2) почти поголовная безграмотность, вследствие недостатка школ в районе; 3) удаленность всего района от лечебниц (18—20 верст до ближайшей лечебницы), и в связи с этим процветание знахарства; сильное распространение сифилиса во всех его формах в зависимости от широкого развития так называемого питомнического промысла (взятие на вскармливание и воспитание младенцев из воспитательного дома). Развитие здесь этого промысла было в свою очередь вызвано крайнею бедностью населения. В 1892 г. командированным эпидемическим отрядом, как это обычно производилось в таких случаях, велась, помимо работы во временной амбулатории, широкая участковая деятельность по осуществлению подворного оспопрививания, по санитарному обследованию, по проведению противоэпидемических мер. Отрядом помимо временной амбулатории организован был и временный госпиталь. „Весь 1892 г. нам в нашей участковой работе больше всего приходилось вести борьбу с различными эпидемическими заболеваниями, о появлении которых мы узнавали большею частью случайно и часто довольно поздно, но в том же 1892 г. начата была организация участковых санитарных попечительств, согласно правил, выработанных для этого одним из Губерн. с'ездов земских врачей Московской губ. Скоро удалось подобрать довольно деятельный состав их из более толковых

и грамотных местных жителей участка". Невольно хочется напомнить, что и теперь, когда задача мобилизации местной самодеятельности населения для участковых врачей чрезвычайно облегчена и организационно оформлена установлением волостных секций здравоохранения и волостных санитарных советов и сельских санитарных комиссий, Всесоюзный с'езд участковых врачей в декабре 1926 г. в своих резолюциях указывает на необходимость „с особенным вниманием отнестись к привлечению в сельские санитарные комиссии крестьян-общественников"*. Первые участковые санитарные советы в Пятницком участке посвящены были в 1892-93 г. выяснению роли и обязанностей санитарных попечительств и значения их работы для охраны здоровья населения: заботы о здоровьи населения, наблюдения за охраной от загрязнения питьевых вод, наблюдения за чистотой продаваемых и приготовляемых пищевых продуктов (бойни, пекарни), своевременное уведомление врача о появлении заразных болезней, содействие медицинскому персоналу при дезинфекции, изоляции и прочих мер против распространения заразных болезней. При этом санитарным попечителям сообщались элементарные понятия о заразных болезнях и мерах борьбы с ними. Им рекомендовалось вести беседы с местным населением. В большинстве санитарные попечители отнеслись к своим задачам серьезно и работали энергично. По поводу обследования питьевых вод, один из санитарных попечителей представил обстоятельный доклад в санитарный совет о загрязнении реки Истры войлочниками, „Кислая" шерсть мылась в реке. Загрязнялись также и колодцы. Войлочники сваливают громадными кучами немытую „кислую" шерсть, привозимую из Московских кожевенных заводов на улице около колодцев. Тут же шерсть эта и сортируется. Тут же раскладывается для просушки и мокрая, вымытая в реке, шерсть. При обсуждении этого доклада в участковом санитарном совете, при участии санитарного врача выяснилось, что по условиям местного войлочного производства, как мелкого кустарного, избежать мытья шерсти в реке трудно, так как для мытья шерсти обязательно требуется вода проточная. Ее может заменить только специальная шерстомойная машина, но приобретение такой машины не под силу мелким кустарям. Совет постановил рекомендовать войлочникам при содействии Губернского земства организовать крупную артельную мастерскую с шерстомойной машиной. Только много позднее уже во время войны в 1914-15 г., при помощи Губернского земства действительно организована было артель для поставки войлоков на военное ведомство, но артель работала попрежнему в своих малых мастерских, и только лишь шерсть получалась из Москвы уже мытая. Другие санитарные попечители обратили внимание на загрязнение р. Истры кожевенным заводом, спускающим периодически грязные воды в реку, вследствие чего вода делается такой желтой, что похожа по цвету чай.

Попечителями было указано на загрязнение пруда между с. Пятницким и д. Поповкой. В связь с этим загрязнением врачом поставлено было частое появление заболеваний брюшным тифом, в домах расположенных близ пруда. По указанию попечительства крестьяне села Пятницкого вычистили свой пруд, после чего заболевания брюшным тифом прекратились.

В сентябре 1893 г. был начат амбулаторный прием во вновь отстроенной амбулатории, вполне приспособленной. Амбулаторная меди-

---

* См. Резолюции Всесоюзного С'езда участковых врачей, Москва, 1926 г. страница 10, п. 10. См. также мою книгу: З. Г. Френкель, *Волостное Хозяйство*. Ленинград, Финакс. Книгоизд. СССР, стр. 73—77.

цинская помощь населению была обеспечена. А что было делать с больными, требующими по роду своего заболевания правильной госпитальной помощи? Оставлять их на дому было невозможно по экономическим и культурным условиям их домашней жизни. Следовательно нужно было спешить с организацией госпитального лечения и в октябре 1894 г., наконец, была закончена отделка здания общего госпиталя на 12 коек и начался прием госпитальных больных. Новое затруднение. Население из за дальности расстояния от благоустроенных больниц незнакомо было с госпитальным лечением и первое время боялись ложиться на койку. Потребовалось некоторое время и известное сан.-просветительное влияние со стороны медицинского персонала. Особенно затруднительно было с госпитализацией больных детей. Между тем дети особенно нуждались в нем, пожалуй, даже более взрослых, так как амбулаторные наблюдения, как и подворное оспопрививание и осмотры школьников по школам, указывали на сильное развитие среди детского населения болезней, имеющих в основе своей глубокие расстройства питания. Наблюдался чуть ли не поголовный рахит со всеми его последствиями и осложнениями".

Госпитализация детей через 2 года по открытии общего госпиталя достигла 30 проц. всего числа госпитальных больных. Чтобы помещаемые в больницу дети не беспокоили взрослых больных, в общем госпитале была выделена отдельная детская палата. Таким образом, получилось своего рода детское отделение.

С развитием госпитальных родовспоможений создалась возможность наглядно знакомить матерей с правильным уходом и правильным вскармливанием грудных детей с первых дней рождения. А для дальнейшего показательного обучения ухода за детьми и правильного их кормления от грудного и до школьного возраста начат был опыт устройства летних яслей. Летнее время для устройства ясель было взято здесь не по тем мотивам, по которым подобные ясли устраивались земскими врачами в черноземных губерниях, т. е. не для устранения беспризорности детей в летнее рабочее время. В Московской губернии при ее крестьянском малоземельи нет такой напряженной полевой работы и работа эта не удалена от деревень,—тут же под боком; но и в Московской губ. на летнее время падает усиление желудочно-кишечных заболеваний у детей. И вот, летом 1900 г. для первого опыта было устроено 2-е таких ясель в народной школе, а в другой деревне в наемной избе. Дети принимались от грудного и до 4-5 летнего возраста, при чем грудных детей матери приходили кормить по 2-3 раза в день. В остальное время их прикармливали пастеризованным молоком. Детей приносили и приводили в 5-6 ч. утра и забирали обратно в 6-7 ч. вечера. „Опыт удался и прошел очень хорошо, несмотря на скучение малых детей до 40-60 челов.; никаких эпидемических заболеваний не наблюдалось. Все дети за лето (с мая по сентябрь за 4 месяца) поправились и значительно прибыли в весе (взвешивались они еженедельно). Сидни-рахитики начали ходить и т. п. Население было очень довольно яслями и просили на следующее лето продолжить их. Таким образом, устройство ясель продолжалось".

Вот практическая иллюстрация из прошлого нашей участковой медицины для характеристики всей жизненности и обоснованности в условиях жизненной обстановки нашего села современных основ советской охраны материнства и младенчества. По докладу завед. Охр. Мат. и Млад. Нар. Ком. Здр. РСФСР Лебедевой на всесоюзном с'езде уч. врачей 1925 г. и согласно резолюции этого с'езда „работа

по охр. мат. и младенчества должна начинаться с организации родовспоможения, с открытия родильных отделений при участковых лечебницах (п. 5). Ясли прочно должны входить в быт новой деревни, они являются одним из заметных факторов воздействия на крестьянство“ (п. 7), но „первое, что нужно в волостях это—организовать крестьянскую общественность в деле помощи работе по охране материнства и младенчества. Организационной формой этого вовлечения крестьянства являются комиссии по охр. мат. и млад. при волисполкомах и сельсоветах, как составная часть санкомиссий и секций здравоохранения. Направлять работу этих комиссий должен участковый врач“ (п. 3-4).

Было обращено внимание,—читаем мы в очерке В. Повалишиной,—на более рациональное питание разного рода больных. Больничный совет, состоявший из всего медперсонала лечебницы в 1903 г. посвятил этому вопросу целый ряд заседаний. Врачем был сделан доклад о составе различных пищевых продуктов с демонстрацией специально для этого составленной стенной цветной таблицы с наглядным показанием питательного качества каждого пищевого продукта. Была представлена подобная же диаграмма для оценки питательности обычных больничных порций обыкновенной и слабой. Оказалось, что больные получают очень много углеводов, особенно на обыкновенной порции, главным образом в виде черного хлеба и картофеля и мало белков, особенно животных и очень мало жиров, тоже особенно животных. Составлен был целый ряд различных меню для пищевых больничных рационов и самое количество рационов увеличено, вместо двух существовавших до того рационов—обыкновенного и слабого введены еще 3—средний, молочный и усиленный. Благодаря такому улучшению питания, больные стали скорее поправляться. Особенно после тяжелых лихорадочных заболеваний—тифозные. Годичный опыт такого питания проведен был в пределах нормы 20 коп. в день на каждого больного.

„На первоначальный доклад врача в начале 90-х годов о причине вымирания населения в некоторых волостях Клинского уезда, откликнулись земские собрания, сначала губернское, а затем и уездное—открытием новых школ. Школы стали строиться более приспособленные к своим задачам по планам, выработанным с‘ездом врачей. Затем началось открытие земствами ветеринарных лечебниц, агрономических пунктов с показательными с.-хоз. опытными полями и с сельско-хозяйственными складами семян и орудий“. „При наших об‘ездах участка, при подворном оспопрививании и по эпидемиям, говорит В. Н. Повалишина, было обращено внимание на крайнюю бедность населения. Например, при эпидемии брюшного тифа в Спасс-Нудольской волости пришлось для больных доставлять из с. Пятницкого не только белый хлеб и крупу, но даже молоко и яйца, так как-на месте их нельзя было купить ни за какую цену. Поэтому вполне естественно Пятницкая лечебница живо откликнулась на призыв первого Звенигородского земского агронома, приехавшего в марте 1900 г. в Пятницкую волость для введения травосеяния и организации Пятницкого сел.-хоз. склада. Он обратился к Пятницкой лечебнице с просьбой дать помещение для склада и помочь ему в устройстве его. Пятницкая лечебница отвела для с.-х. склада один из своих сараев и согласилась на первое время поработать безвозмездно в складе. 1-ая же партия плугов в 150 шт. была быстро распродана, затем была прислана новая партия, потом еще и еще, а затем были присланы семена ржи, овса, вики, клевера и тимофеевки, косы и прочие орудия.

Заведывал складом сам уч. врач, а работал—весь медицинский персонал. Дело шло живо и население было крайне благодарно за открытие склада, часто говорили: давно бы так—тогда и у нас больше было бы хлебушка и мы меньше бы хворали. Сельско-хозяйственный склад при Пятницкой лечебнице просуществовал так до 1904 года".

Таково подсказанное стремлением ослабить одну из существенных причин массовой заболеваемости местных крестьян участие земской лечебницы в непосредственном проведении на месте экономических мероприятий, такова вытекавшая из соц.-профилактического направления всей работы участковой лечебницы ее активная связь с экономической организацией.

А вот и конкретный пример роли участковой лечебницы в осуществлении и насаждении основных мер общего устроения и благоустройства местной жизни:

Пятницкая лечебница имела почтовую сумку с 2 ключами, 1 ключ у врача и 2-й ключ у Солнечногородского почтмейстера, который, вложив в сумку полученную почту, запирал ее, ключ оставлял у себя, а сумку вручал почтарю. Врач, получив сумку, разбирал почту и с оказией направлял почту далее по назначению. Таким образом, врач заделался Пятницким почтмейстером. Такая частная организация почты продолжала существовать 20 лет с 1893 г. по 1913.

„Открыть народную библиотеку в то время было дело трудное, нужно было пройти через несколько инстанций и каждая инстанция ставила свои рогатки. Еще труднее было организовать народные чтения, даже попытка устроить вместо спектакля литературный вечер встречала непреодолимые затруднения, чуть не требовала политической благонадежности для каждого участника литературного вечера. Но нет на Руси пути, где бы параллельно с ним не шла обходная тропинка. Так и мы за такую обходную тропинку избрали организацию Общества Трезвости с правом, согласно уставу, утвержденному тов. Министра Внутренних дел—сиречь шефом жандармов, устраивать любительские спектакли, музыкальные, танцевальные, литературно-вокальные вечера, открывать библиотеки, читальни, устраивать чайные, а при них народные чтения с туманными картинами и т. п.".

Подобный устав Пятницкого Общества Трезвости был довольно скоро утвержден в тогдашнем Петербурге. В 1900 г. Пятницкое о-во трезвости начало работу с устройства своей чайной с постоянною сценою для любительских спектаклей, которая служила бы эстрадой для литературно-вокальных вечеров и кафедрой для народных чтений. Свою чайную обставили возможно культурнее: украсили ее зеленью, приличными картинами, портретами писателей, снабдили газетами, журналами, играми: шахматами, шашками и для подрастающего поколения образовательными играми: географическими и зоологическими лото. Так, что чайная днем обслуживала, как и прочие чайные, окрестное население, приезжающее в Пятницу на базар или в Волостное Правление, а по вечерам играла роль клуба, куда собирались люди вечером по окончании своих дел: почитать газеты, поиграть в шахматы и т. д. 2 вечера в неделю чайная была предоставлена для детей школьного возраста. На средства, вырученные от спектаклей, была основана (до 400 томов) народная библиотека для всех бесплатная.

Летом 1905 г. врачем было проведено несколько народных чтений в ближайших школах о холере, о предохранительных мерах против нее (в том году ожидалась холера в Московской губ.), при чем чтения сопровождались беседой общественного характера по злобо-

дневным вопросам. За таковые чтения и беседы в декабре того же года врач был арестован и 2 недели просидел в Звенигородской тюрьме. В то время почти весь уезд Звенигородский в течение целого месяца по той же причине оставался без врачей. Таковы были административные предохранительные меры против холеры.

В течение 1911, 1912 и 1913 г.г. Пятницкая уч. лечебница выполнила довольно крупную работу по школьной санитарии, а именно: производила ежегодно 2-х кратное (в начале и в конце учебного года) обследование учеников всех школ участка по программе, выработанной Звенигородским санитарным советом. При чем, кроме обычного медицинского осмотра производилось определение веса, роста, об'ема груди, остроты зрения и слуха. А школ к тому времени вместо 2 в 1892 г. было уже 12 и их приходилось об'езжать с десятичными весами, с ростомером.

Летом 1913 года по инициативе Звенигородского санитарного врача в с. Пятницком в помещении ветеринарной лечебницы была устроена передвижная гигиеническая выставка, довольно усердно посещавшаяся местным населением; в определенные дни и школьниками. Кроме экспонатов, доставленных из Звенигородского Санитарно-Гигиенического музея ветеринарной лечебницей был выставлен термостат, а участковой лечебницей микроскоп. И там же на выставке было демонстрировано культивирование бактерий в термостате. Показано микроскопическое окрашивание препаратов некоторых бактерий и человеческой крови, а также демонстрировано под микроскопом на лапке живой лягушки капиллярное кровообращение. Показаны препараты из прудовой воды. В последние три дня выставки в амбулатории прочтены лекции о заразных болезнях, о воде и о вскармливании грудных детей.

Одновременно с культурно-просветительной работой продолжалось и дальнейшее благоустройство самой лечебницы. В 1912 году были устроены поля орошения и проложена канализация из всех зданий лечебницы. В 1913 году построена новая прачечная с современными усовершенствованными приспособлениями, с ручными стиральными машинами, центрофугой для отжимания белья и калорифером для сушки белья. Прачечная имеет обособленное помещение для дезинфекции белья и одежды больных, где предполагалось установить паровую или японскую паро-формалиновую дезинфекционную камеру, но вследствие войны это намерение осталось не выполнено, установлен только бучильный чан для дезинфекции белья заразных больных. В 1917 году вырыт артезианский колодец. В 1918 году на средства Всероссийского земского союза построен деревянный барак для лазарета на 12 коек, который сослужил большую службу в 1919 г. в год эпидемии тифов. В том же 1918 году построена водокачка и установлен механический нефтяной двигатель для подачи воды.

В 1922 году исполнилось 30 лет работы Пятницкой лечебницы. Каковы итоги этой тридцатилетней медицинской работы участковой лечебницы—ставит себе вопрос В. Н. Повалишина, и дает на этот вопрос следующий ответ. „Амбулатория с 11 тысяч в 1892 году, ежегодно вырастая к европейской бойне в 1913 г. достигла 20 тыс. чел. В первый год войны в 1914 году амбулаторный прием резко пал, а затем опять ежегодно стал подниматься, и в 1922 г. достиг 15 тысяч. Число занятых коек, ежегодно вырастая, достигло в 1913 году до 22, а в 1919 году до 56.

Число родовспоможений в лечебнице с 60 в 1894 году повысилось к 1913 году до 200.

„Какое наследие оставляем мы своим преемникам. Что осталось в нашей лечебнице и в нашем участке недоделанным и в чем? В каких еще улучшениях нуждается как самая лечебница, так и ее участок?“ Эти вопросы и даваемые на них в издании пятницкого профилактического совещания ответы земского старого участкового врача В. Н. Повалишиной звучат символически и имеют не местное, а гораздо более широкое историческое значение в смысле установления преемственности соц.-профилактической работы прежней общественной и современной советской участковой организации. Вот эти ответы:

„Прежде всего желательно провести более правильный ремонт дорог, особенно мостов, а то скоро трудно будет больному попасть в лечебницу. Необходимо упрочение судьбы Пятницкого почтового отделения. Желательно возобновить телефонное сообщение с Москвой, существовавшее уже с 1914 года. Необходимо устройство в селе Пятнице школы II ступени, а для этого полезно устроить автомобильное сообщение с Москвой, тогда легче будет найти преподавателей для второй ступени. Необходимо хорошо пополнить и вообще упрочить существование Пятницкой народной библиотеки. Желательно учреждение в селе Пятнице общественных торговых бань, а то на всю волость существует единственная баня в лечебнице для ее персонала, а прочее население не только волости, но и села Пятницы, моется еще и теперь допотопным образом в печках. Вот если бы все это осуществилось, тогда бы наш прежний медвежий угол превратился в культурный уголок. Мечты, мечты, где ваша сладость! Но мечты только тогда остаются мечтами, когда не переходят в дело. А если только попробовать проводить их в жизнь, в живое дело, и они тогда осуществятся, в чем желаю полного успеха нашим преемникам“. (Повалишина).

Разумеется В. Н. Повалишина здесь говорит о ремонте и об устройстве самых доподлинных, а не символических мостов, дорог, о самом доподлинном телефонном и автомобильном повседневном сообщении с Москвою. Без начатков элементарной технической оборудованности таких населенных местностей совершенно невозможно никакое деятельное и действительное обслуживание населения общественными учреждениями—ни социально-экономическое, ни культурно-просветительное, ни санитарно-профилактическое: Не случайно, в своем известном докладе ровно четверть века тому назад 8-му Пироговскому с‘езду врачей в Москве 2-го января 1902 г. „О задачах гигиены в сельской России“—проф. М. Я. Капустин утверждал в отдельном специальном тезисе, что „одно из важнейших условий для успехов сельской гигиены есть улучшение дорог, проселочных по преимуществу“. Кроме самих жителей деревни, едва ли кто другой так хорошо прочувствовал значение сельских путей сообщения, как земские врачи, говорит проф. Капустин. Непроездность этих путей в известные периоды года есть великое бедствие деревни. Ни поездки для врачебной помощи, ни перевозка больных в сельские или городские больницы, ни своевременный выезд на роды или эпидемию, ни перевозка тяжестей, нужных для врачебно-санитарного дела, ни об‘езд деревень или школ для санитарного контроля, ни доставка почты и официальной переписки,—ничто в известные периоды года невозможно с какой-либо срочностью или правильностью. Никакой экипаж, сколько-нибудь более удобный, чем простая телега, не выдерживает этих путей сообщения. Земский врач выносит их сравнительно легко только

в молодые годы, при полном здоровьи. Тягость необходимых раз'ездов есть одна из причин частой смены врачей в сельских участках. Поездка врача, требующая при благоприятных условиях 2-3 часов времени, часто длится 12 часов и более, особенно когда приходится ночевать вне дома, по невозможности риска ехать ночью. Экономическое значение для населения непроездности сельских дорог слишком хорошо известно, но санитарное значение этого зла еще недостаточно оценено. Между тем одни записи врачебных амбулаторий могут дать красноречивый документ означении беспутицы. Что бы ни случилось в семье крестьянина в период бездорожья, он ни сам не поедет к врачу, ни врача к себе не пригласит. Люди нередко умирают без помощи от невозможности проезда. Ломаются колеса и оси, рвется сбруя, калечатся лошади, калечатся сами люди, и все это происходит на пространстве всей России, изрезанной довольно густой уже сетью железных дорог. Начальствующие лица, командируемые в деревню, туристы и корреспонденты не знают и десятой доли этих дорожных бедствий сельской России. Путешествуя в лучшее время года или по путям экстренно улучшенным, они могут слышать только рассказы о тяжести местных сооообщений и в известной мере не верить им. Бедствие это, можно сказать, повсеместное, за ничтожными исключениями. При сравнительной оценке дорог лесистого севера или черноземного юга может быть только один вопрос—где хуже. „Для поднятия благосостояния деревни, для ее просвещения, для ее оздоровления—устройство сельских дорог есть настоятельная предварительная мера."

Но не менее благотворное действие, чем сооружение и поддержание в лучшем состоянии доподлинных дорог и мостов в участках, на деятельность современных участковых врачей для успеха и широкого развития их социально-профилактической работы, для действительного проведения в жизнь, так много заставляющей о себе говорить теперь, диспансеризации врачебной помощи, окажет и восстановление и содержание в порядке тех символических дорог и мостов, которыми современное социально-профилактическое направление советской медицины связывается в неразрывное целое с здоровым стержнем полувековой работы, предшествующей общественной нашей медицины. Ее дело оно преемственно продолжает, выростая из одной общей с нею социально-экономической основы. А преемственность работы вовсе не означает повторение ее в одних и тех же формах,—и это лучше, чем кому другому, было ясно деятелям общественной медицины, как это видно из следующих прекрасных заключительных слов, упомянутого выше, доклада профессора М. Я. Капустина 8-му пироговскому с'езду (1902 г.). „Обращаюсь к вам, молодые товарищи-врачи, говорил М. Я. Капустин в заключение своей речи „О задачах гигиены в сельской России"—старые поколения собрали для вас богатый запас фактов, наблюдений и нередко давали вам образцы тяжелого труда и преданности делу. Идите дальше их. Не застывайте в одинаковых формах деятельности, ищите новых путей, но не миритесь с цивилизацией, основанной на бедности, невежестве и болезнях большинства населения."

К методике санпросветработы в деревне.

Д-р С. Н. Рохлин.

Если разговоры о кризисе санитарного просвещения могут иметь еще место в городе, где так или иначе трудящиеся получают массу самых разнообразных знаний, а санпросвет мог бы „приесться“ своим однообразием, и если в городе мы имеем, таким образом, своего рода кризис роста, то наша деревня находится в совершенно иных условиях, а именно в тех условиях, когда мы лишены возможности не только „насытить“ деревню, но и удовлетворить элементарные потребности ее в санитарных знаниях.

Кроме чудовищной неграмотности, являющейся, конечно, огромным тормозом, недостаточная культурная прослойка в деревне, в частности медперсонала, мешает вообще культурной работе и нашей в частности.

Кроме этих об'ективных условий, надо сказать, что организационно наша деревня еще недостаточно стройно охвачена этой работой, вследствие чего получается та неувязка, что на одни и те же возможности возложено слишком много надежд и заданий, другие же возможности остаются либо мало, либо вовсе неиспользованными.

Для того, чтобы правильно в наших об'ективных условиях разрешить вопрос санитарного просвещения, вопросу организационному, а также вопросу использования всех возможностей принадлежит чрезвычайно важное место.

Организатором санитарного просвещения в округе является, конечно, Окрздрав, который осуществляет руководство через окрсанврача.

В тех местах, где имеются Дома Санпросвета, руководство этой работой может быть возложено на них.

Окрздрав и ДСП должны быть базой санитарного просвещения, местом концентрации наглядных пособий и правильного распределения по районам в зависимости от той или иной задачи того или другого учреждения.

До настоящего времени главным местом всей культурно-просветительной работы является изба-читальня. Вполне понятна тяга туда и санитарного просвещения как в отношении организационных удобств, так и в отношении связи со всей культпросветработой, проводимой в деревне. О санпросветработе в избе-читальне так много говорилось и писалось, так много имеется материалов об этом, что говорить еще об этом это значит только повторяться.

Вследствие такого акцента на работу в избе-читальне, несколько затушевывалась и как то отходила на задний план работа самого медучастка. Разумеется, что самая то работа в избе-читальне немыслима без связи с врачебным участком, и санпросветработа в избе-читальне является выражением работы участка. Но это все же недостаточно и далеко неполно выражает всей работы участка по санитарному просвещению.

Какова по сути методика работы медучастка?

По самой своей сути эта работа должна носить диспансерный характер. Это также подтверждено 2-м Всебелорусским С'ездом участковых врачей.

Если это действительно так, то в этой методике санитарное просвещение занимает и должно занимать важнейшее место.

Санитарное просвещение должно стать могучим орудием оздоровления в руках медпункта. Значительное число наших медучастков имеют вторых врачей. Это уже одно дает возможность проведения санпросветработы. К тому же, преобладающий процент наших врачей последних выпусков, эти люди прошли закалку советской общественности и через них легче всего проводить профилактические основы в нашем лечебном деле.

В каком направлении (помимо работы в избе-читальне) мыслится проведение санпросветработы?

Первым делом, работа должна проводиться в пределах самой амбулатории.

Амбулатория должна иметь „уголок здоровья“, который привлекал бы к себе одним своим видом.

Нынешним летом, в одной из участковых больниц, я видал такого рода уголки: разрозненные плакаты, висящие на стене, без всякой системы. Там же висела газета, издававшаяся НКЗ—„За здаровую вёску“, но все это было истрепано, засижено мухами, при чем газета висела так высоко, что положительно не было никакой возможности ее прочитать даже хорошо грамотному человеку. Разумеется, такие „уголки“ являются пустым местом. Я не касаюсь методики организации этих уголков, о них можно прочитать во многих руководствах и в частности в том комплекте методических руководств, которые были разосланы НКЗ. И, наконец, вовсе не нужна писаная методика для этого вопроса, этот вопрос может быть просто разрешен, если он станет актуальным и очутится в поле зрения врача. Затем, массовое скопление ожидающих в амбулатории должно быть использовано для бесед. Это прекрасный способ иметь аудиторию, жаждущую „здорового“ слова.

Если нет возможности это устраивать каждый день, но несомненно необходимо один раз в неделю (день наибольшего скопления больных) посвятить санитарному просвещению, устроить своего рода „профилактический час“, который несомненно будет иметь огромное значение.

Эти беседы будут иметь тем большее значение, что материалом этих бесед должна быть живая жизнь, близкая селянам, живые конкретные примеры из близкой и родной им действительности. Заодно эти беседы могут дать необходимый материал для санпросветработы в избе-читальне, и такая живая связь будет подымать значение санитарного просвещения и будет помогать подтачивать тяжелый камень невежества, навалившийся на нашу деревню.

То, что говорится в отношении врачебного участка, должно быть применено с известными ограничениями в отношении других медпунктов, фельдшерского и акушерского.

Кстати о работе акушерок. Несмотря на то, что Белоруссия располагает значительным числом акушерок, тем не менее количество оказанных ими родовспоможений ничтожно. И чрезвычайно показательно, что эта ничтожно малая практическая роль находится в прямой пропорциональности с тем участием в санпросветработе

какое принимают акушерки. В той массе анкетного материала, какой проходит через наши руки, лишь изредка вкрапляется санпросветбеседа, проведенная акушеркой.

Вовлечение этого кадра медицинских работников в активную диспансерную работу несомненно будет повышать темп и качество нашей оздоровительной работы и несомненно повысит спрос на акушерскую помощь и тем отвлечет значительные массы от обращения к знахарям и бабкам.

Если мы находим еще значительные прослойки медперсонала, неиспользованного для целей санитарного просвещения, то необходимо это в полной мере сказать о других культурных работниках деревни, как, например, ветврачи, агрономы, не говоря уже об учителе и избаче. Правильное, плановое использование культурных сил деревни—плодотворная задача для организатора санпросвещения в том или ином округе или районе. Тут обнаруживается важность контакта с другими культурными учреждениями, связанными с деревней.

Необходимо еще указать на довольно ценный метод санитарно-просветительной работы на дому, которая должна выражаться в целом ряде указаний санитарно-гигиенического, „профилактического" характера. Несомненно, что авторитетное слово врача может дать повод к устранению целого ряда вопиющих санитарных дефектов, устранимых доброй волей самого крестьянина.

Происходивший 2-й Всебелорусский С'езд участковых врачей подчеркнул необходимость вовлечения в активную работу деревенского актива. Тесная связь врача с комсомольской ячейкой, беспартийным активом поможет врачу сорганизовать общественное мнение вокруг работы органов здравоохранения и тем значительно облегчит работу по внедрению в быт санитарных навыков и поднятию авторитета врача. Этой работе, о которой писалось и говорилось не раз, надо придать актуальный характер, потому что совершенно понятно, что в нашей деревне, при ее очень слабой культурной прослойке, наша работа без опоры на мощный в деревне актив будет в значительной мере пропадать—без мобилизации всех живых сил деревни вокруг органов здравоохранения не может быть плодотворной, оздоровительной работы. И для правильной постановки работы необходимо часть сил использовать на организацию самой работы, а не проводить ее, как это, к сожалению, делается у нас еще до сих пор, эпизодически, непланово, случайно.

При нашей бедности наглядными пособиями огромную роль играют выставки-передвижки. Тут не приходится распространяться о роли наглядных пособий. Этот вопрос слишком ясен,—наглядные пособия являются вспомогательным, чрезвычайно ценным средством для лектора.

Но и тут представляется ряд возможностей очень ценных, в смысле продуктивного их использования. Один из таких примеров, чрезвычайно интересных, мне пришлось видеть во время прошлогодних осенних маневров Красной Армии в одном из наших захолустных местечек Белоруссии.

Всем хорошо известна большая роль санитарного просвещения в Красной Армии, и на время маневров, кроме очередной работы по санпросвещению в частях, ставится пропаганда санзнаний среди населения.

Дневка в одной из частей совпала с ярмарочным днем. Решили воспользоваться этой счастливой случайностью в целях санпросвещения по методу, еще совершенно неиспробованному. Санитарная двуколка

была преобразована в санитарную выставку, и в течение нескольких часов она была предметом самого широкого внимания селян, с‘ехавшихся из разных деревень. Было чрезвычайно много интересных вопросов, говоривших о большом внимании как к выставке, так и к самим беседам.

Каково значение этих бесед и стоит ли применять такие формы?

На это я отвечу словами одного шестидесятилетнего старика—старовера. Долго и внимательно он прислушивался к словам о вреде многих наших антигигиенических навыков, прочно в‘евшихся в наш деревенский быт, в частности, о еде из одной посуды, и, тут же при всей аудитории он громко заявил: „Мне уже 60 лет, все время держусь старой веры, а правду доктор говорит: один вред от всего этого“.

И думаю, что эти слова оплодотворили брошенные семена. Мы знаем глубокое еще неверие во многое нашего селянства, и часто подкрепление авторитетом из среды своих имеет большое значение.

Этот факт, чрезвычайно знаменательный, говорит о ценности такого вида работы.

И такие передвижки должны продвигаться туда, где имеют место массовые скопления селянства. Работу может здесь проводить и хорошо инструктированный подготовленный лекпом. Разумеется, эта работа должна проводиться помимо очередной плановой работы.

Это есть лишь одна из возможностей, которую следует использовать, учесть ее опыт, и под‘итожить его санпросветительную ценность.

Во всяком случае, нам необходимо держать в памяти всякие скопления селян, особенно такие, где толпится много народу, незанятого и готового послушать интересное.

Рациональное использование этих передвижек имеет, конечно, огромное значение. А они до сих пор еще неумело используются, как-то не во время, медленно и вяло. Эту работу следует оживить.

В условиях нашей деревенской обстановки, где чрезвычайно ценна каждая культурная единица, собирание культурных одиночек для оздоровительной работы имеет огромное значение. Это особенно должно относиться к медицинским работникам. И как это ни странно, еще до настоящего времени особняком, вне массовой культурной работы, стоит аптека.

До настоящего времени аптеки занимаются лишь отпуском медикаментов, являются исполнительным органом, выполняющим чисто-лечебные функции, и эту пропитанную медикаментами атмосферу „профилактический“ дух до сих пор обходил мимо.

Не подлежит ни малейшему сомнению, что аптекарь и аптека должны явиться одним из оздоровляющих звеньев в деревне.

Уже в некоторых городах намечались и намечаются отдельные разрозненные попытки втянуть в эту работу аптеки. В частности, в Минске во время эпидемии скарлатины отпускаемые медикаменты заворачивались в листовки по скарлатине. Такой „пассивный“ санпросвет еще понятен в городе, где имеется значительный кадр санпросветработников, проводящих свою работу среди трудящихся. Роль аптекаря в деревне должна быть активной. Он наряду с другими представителями здравоохранения должен стать проводником санитарно-гигиенических знаний в гущу нашего селянства.

И организатор санпросвета должен включить в свой план обязательно эту работу. Аптекарь может и должен проводить беседы, должен стать консультантом по вопросам здравоохранения, отвлекая от знахарства, устремляя взоры селянства на медицину.

Методически важно в этих целях организация небольшого „уголка здоровья“, снабженного литературой, которая будет использована по усмотрению аптекаря, и опыт руководства чтением может здесь иметь огромное значение.

Аптеки являются до сих пор нашей неиспользованной возможностью, могущей дать значительные результаты, а при нашей культурной бедности аптеки должны быть не только складом всяких снадобий, но и стать одним из тех опорных пунктов, на которых может базироваться наше советское здравоохранение, которое немыслимо без культурнической работы каждого из нас.

Я не полагал в данной статье дать стройной картины санитарно-просветительной работы на деревне, моя задача была лишь напомнить о тех неиспользованных возможностях, которые могут иметь огромное значение, с одной стороны—для увеличения кадра санпросветработников, с другой стороны—для более широкого охвата нашей работой селянства.

Арганізацыя хірургічнай дапамогі вясковаму насельніцтву Беларусі.

(Даклад II Ўсебеларускаму Зьезду Вучастковых Дактароў 27-31 студзеня 1927 году).

П. В. Трэмповіч

Правадзейны член Інстытуту Беларускае Культуры.

Агульны ўзрост дзяржаўнае гаспадаркі і ў зьвязку з гэтым падняцьце культурнага ўзроўню нашага сялянства ставіць зараз прад органамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя і грамадзкай лекарскай думкай новыя чарговыя пытаньні. Паколькі да сучаснага моманту галоўная ўвага зварачвалась выключна на адбудову лячэбнае сеткі і прыстасаваньне яе да найменшых запатрабаваньняў сялянскага насельніцтва, зараз мы маем прад сабою факт, калі сялянства не задавальняецца толькі асноўнымі відамі лячэбнае дапамогі, а патрабуе найвышэйшай яе кваліфікацыі.

У гістарычным розламе гэтае запатрабаваньне сялянства падчас будаўніцтва савецкай мэдыцыны мы сустракаем другі раз: першы раз гэта ў канцы 1924 г., калі грамадзкая думка Савецкае Беларусі згадзілася з мерапрыемствамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, накіраванымі да колькаснага зьніжэньня лячэбнае сеткі за кошт павышэньня яе кваліфікацыі, і другі раз—гэта зараз, калі пытаньне рацыянальнае кваліфікаванае лячэбнае дапамогі ў вёсцы ставіцца так часта сялянствам пры перавыбарчай кампаніі саветаў.

Здавальненьне запатрабаваньня сялянства на высока кваліфікаваную дапамогу зьяўляецца ў сучасны момант першачарговай працай ворганаў аховы здароўя і прадметам пільнае ўвагі лекарскае грамадзянскае думкі. Таму Народны Камісарыят Аховы Здароўя і Мэдычная Сэкцыя Інстытуту Беларускае Культуры паднялі гэтае пытаньне на II Усебеларускім Зьезьдзе Вучастковых Дактароў.

Агульны стан лячэбнае сеткі на Беларусі дае зараз магчымасьць паставіць такое пытаньне (матар'ялы гэтага артыкулу не ахопліваюць дадзеных Гомельшчыны і Рэчыцкае акругі). Лячэбная сетка за апошнія тры гады, выключаючы гарадзкія больніцы, прадстаўляецца так:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Лік больніц .	79	78	93
Лік ложкаў .	1725	1379	1538

Такім чынам мы маем (па старой Беларусі) 93 проц. раёнаў, забясьпечаных стацыянарнай дапамогай. Калі паглядзець на разьмеркаваньне, дык мы можам адзначыць, што больш буйныя мястэчкі і

наагул больш насялённыя месцы забясьпечаны стацыянарна. Калі паглядзець разьмеркаваньне больніц у залежнасьці ад ліку ложкаў, дык мы маем ня зусім нармальны стан: чым далей ад акруговага цэнтру, тым часьцей сустракаюцца больш дробныя стацыянары, і гэтае зьявішча павінна быць у першую чаргу зьнішчана. Ня гледзячы на гэты недахоп, мы павінны ўсё-такі адзначыць, што лячэбная сетка наагул стабілізавалася, і рост яе стабілізацыя не затрымала.

Што датычыцца першачарговае дапамогі, дык за апошнія два гады мы таксама можам адзначыць яе колькасны рост, якаснае палепшаньне, павялічаньне ліку адпушчаных лекавых матар'ялаў, агульны ўзрост працы паміжбольнічных аптэк. Колькаснае павялічэньне першачарговае дапамогі выражаецца ў ліку ня ніжэй 48 проц. зварочваемасьці насельніцтва за лекарскай дапамогай у 1924 г.

Лячэбная дапамога ў акруговых гарадох як колькасна, так і якасна павінна быць прызнана здавальняючай. У гарадох мы маем 2645 ложкаў. Акруговыя больніцы забясьпечаны ўсімі відамі і сродкамі спэцыяльнае дапамогі. Найвялікшае запатрабаваньне насельніцтва як у горадзе, так і на вёсцы выяўляецца на хірургічную дапамогу, таму з вышэйпамянёнага ліку ложкаў у гарадох мы маем 569 выключна хірургічных ложкаў, што складае 21 проц. агульнага ліку. Дакладных вестак аб разьмеркаваньні ложкаў на вёсцы ў Народным Камісарыяце Аховы Здароўя няма, але-ж мы маем вынікі анкеты, праведзенай Камісарыятам па ўсёй старой Беларусі. Усяго я маю 130 анкет, з іх аб хірургічнай дапамозе маюць адказы толькі 70 анкет. Гэтая лічба адзначае, што наагул пытаньне аб хірургічнай дапамозе ня ўсюды пастаўлена; з 70 анкет— 35 адказваюць, што хірургічная дапамога зусім не аказваецца, 35 адказваюць, што хірургічная дапамога ёсьць. На жаль, пытаньні ў анкетах былі пастаўлены так, што немагчыма дэтальна высьветліць аб'ём гэтае дапамогі, праўда, наступныя лічбы часткова высьвятляюць гэтае пытаньне: акушэрскія апэрацыі робяцца ў 54 вучастках, г. зн. у 40 проц., ампутацыі—у 35 вучастках, што складае 28 проц., трахэотоміі—у 17 вучастках—13,1 проц., гэрніотоміі—у 13 вучастках—10 проц., аппэндэктоміі—у 9 вучастках, г. зн. толькі ў 7 проц.

Пастачаньне перавязачным матар'ялам у 91 вучастку 70 проц.— не здавальняючае, не забясьпечвае рацыянальнае хірургічнае дапамогі. 31 вучастак—22 проц. зусім ня мае хірургічных прыладаў. Такім чынам мы можам адзначыць, што якасьць хірургічнае дапамогі ў вёсцы ў сучасны момант нездавальняючая. Ня гледзячы на павялічэньне і палепшаньне лячэбнай сеткі, ня гледзячы на рост агульнага запатрабаваньня на лячэбную дапамогу, хірургічная дапамога ня мае тэндэнцыі здаровага росту. У большасьці вучасткаў хірургічная дапамога, відаць, носіць выпадковы характар; там-жа, дзе яна зьяўляецца сталай, аб'ём яе падае ў залежнасьці ад адказнасьці, якую на сябе бярэ хірург за канчатковыя вынікі апэрацыі. У залежнасьці ад магчымасьці паслаць хворага ў акруговую больніцу знаходзіцца актыўнасьць вясковых хірургаў. У той-жа час акруговыя больніцы прымаюць шмат хворых для неадкладзенай дапамогі, пры чым адзначаецца, што неадкладзеныя апэрацыі надта часта позьняцца і ў выніку даюць высокі процант сьмяротнасьці. Чым можна аб'ясьніць малую актыўнасьць вясковага хірурга? Бясспрэчна, што тутака аднальковую ролю адыгрываюць розныя фактары, як-та: нездавальняючае пастачаньне, перагружанасьць працай, адсутнасьць добрае асыстэнцыі і іншыя абставіны, незалежныя ад хірурга; але з другога боку, мы добра ведаем, што грунтоўныя веды ўтвараюць такі імпульс у працы, што магчыма было-б шмат з вышэй-

памянёных фактараў зьнішчыць. Не апошняе месца займае і слабая падрыхтоўка і кваліфікацыя самаго хірурга.

Ці адрозьніваецца хваравітасьць на хірургічныя хваробы ў вёсцы ад такой-жа хваравітасьці ў горадзе? У старыя часы гэтае пытаньне падлягала некалькі раз разгляду; бывалі пякучыя спрэчкі, але-ж у выніку ўсіх спрэчак, у выніку дэтальнага вывучэньня статыстычных дадзеных мы можам адказаць, што хірургічныя захварэньні вёскі, зразумела, нічым не адрозьніваюцца ад тых-жа захварэньняў у горадзе. Такім чынам, і арганізацыя хірургічнае дапамогі на вёсцы ня можа адрозьнівацца ад гарадзкой арганізацыі. Асаблівасьцю хірургічнае працы на вёсцы зьяўляецца толькі запатрабаваньне на высокую актыўнасьць мэдычнага пэрсоналу. Да вясковае амбуляторыі павінна адыйсьці ўся хірургічная праца, не патрабуючая шпіталізацыі.

Усе апэрацыі, якія магчыма рабіць пад мясцовай анэстэзіяй, могуць і павінны складаць штодзённую працу вясковае амбуляторыі. Усе першая неадкладзеная дапамога пры ўсіх траўмах, пераломах і выпадковых здарэньнях аказваецца ў амбуляторыі.

Усе выпадкі, патрабуючыя, па думцы амбуляторнага доктара, шпіталізацыі, пільнага дагляду кваліфікаванага пэрсаналу, паласных апэрацый, астаноўка крыватокаў з буйнейшых судзін, ускладнёныя пераломы і ўсё, што не ахопліваецца амбуляторнай дапамогай, накіроўваецца ў раённую больніцу. Патрэбна, каб раённая больніца надта скупа накіроўвала хворых у хірургічныя аддзелы акруговых больніц. Дзеля такога накіраваньня патрэбны выключна навуковыя паказаньні, грунтуючыся на запатрабаваньні ў дакладных мэтадах дыагносьцікі лябораторнай і рэнтгенолёгічнай.

Хірургічная праца вясковай амбуляторыі, раённае больніцы і хірургічнага аддзелу акруговай больніцы ўвязваецца адзінствам кірунку і запатрабаваньнямі ў спэцыяльных мэтадах дасьледваньня, але-ж кожная адзінка выкарыстоўвае хірургічны матар'ял зусім самастойна і ў межах уласных магчымасьцяй. Трэба памятаваць, што кожнае няправідловае накіраваньне хворых у вышэйстаячую ўстанову парушае аўтарытэт вясковага мэдычнага пэрсаналу і аддаляе кваліфікаваную хірургічную дапамогу ад насельніцтва. З другога боку, дзякуючы слабай дзейнасьці раённых больніц, хірургічныя аддзелы акруговых больніц працуюць са значнай перагрузкай. Унікнуць гэтае перагрузкі магчыма толькі шляхам правільнага разьмеркаваньня працы паміж асобнымі ўстановамі і замацаваньнем яе за раённымі больніцамі, апошнія ў сваю чаргу разгружаюцца коштам працы амбуляторыі.

Для ўсебаковага абслугоўваньня вясковага насельніцтва хірургічнай дапамогай неабходна утварыць умовы, каб хірургічная праца на месцы ў раёне была-б магчыма і давала-б задаваленьне хірургіі. Гэта магчыма толькі пры выкананьні наступных умоў: 1) забясьпечаньня раённай больніцы абсталёваным апэрацыйным пакоем, павінным лікам прыладаў, перавязачнага матар'ялу, наркоцізіруючых матэрый, бялізны і абсталяваньня як для дзённай, так і ночнай працы; 2) папярэдняй кваліфікацыі раённага хірурга і 3) утварэньня умоў, каб кваліфікацыя хірурга ня зьніжалася-б і каб ён у сваёй працы заўжды знахадзіўся на вышыні запатрабаваньня навукі ў дадзены момант. Пытаньне пастачаньня больніц хірургічнымі прыладамі да гэтага моманту канчаткова ня высьветлена і яго вырашэньне ў значнай меры залежыць ад асабістых запатрабаваньняў хірурга. Патрэбна апрацаваць тыповы набор для раённае больніцы, які ня можа быць меншым ад былога шпітальнага набору. Прымаючы на ўвагу запатрабаваньне вясковага насельніцтва на акушорскую і гінеколёгічную дапамогу, раённая больніца

абавязкова забясьпечваецца прыладамі, патрэбнымі для гэтых апэрацый. Апэрацыйныя пакоі пастачаюцца бялізнай звыш паложкавай нормы.

Балючым пытаньнем у ўмовах працы ў раённай больніцы зьяўляецца пытаньне наркозу і асыстэнцыі. Неабходна, каб раённыя больніцы забясьпечваліся добра падрыхтованым сярэднім пэрсаналам, які можа пад сваю адказнасьць весьці самастойна наркоз і прымаць удзел у апэрацыі ў якасьці асыстэнта. Праца хірурга можа праходзіць толькі на месцы, ні ў якім разе хірург ня можа быць выкарыстаны для чарговае працы і кватэрнай дапамогі.

Разгляд анкетнага матар'ялу паказвае, што на мясцох ня ўсе магчымасьці для працы выкарыстоўваюцца мэдычным пэрсаналам. У значнай меры гэта тлумачыцца слабай падрыхтоўкай дактароў. Мэдычны факультэт Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту, падрыхтоўваючы хірурга дла вясковай хірургічнай працы, павінен ясна падкрэсьліць, які хірург патрэбен у сучасны момант для працы на вёсцы. Унівэрсытэцкая падрыхтоўка наагул і хірургічная падрыхтоўка ў прыватнасьці павінна быць пераважна практычнай. Амбуляторную хірургічную дапамогу павінен аказваць, уласна кажучы, кожны вясковы доктар, дзеля чаго пры праходжаньні унівэрсытэцкага курсу асаблівая ўвага павінна быць зьвярнута на паліклініку, апэрацыйную тэхніку, тэорытычны курс хірургіі на трупах, экспэрымэнтальную хірургію на жывёлах і тэхніку анэстэзіі. Клінічныя заняткі павінны ўключаць у сябе абавязковае практычнае знаёмства з падрыхтоўкай да апэрацыі, тэхнікай дасьледваньня наркоцізіруючых матэрый, практыкай анэстэзіі і агульным парадкам правядзеньня апэрацый. Гэтыя заняткі не павінны зьмешвацца з курыраваньнем хворых і ісьці за яго кошт. Праграму пятага курсу неабходна дапоўніць паўтарыцельным курсам апэрацыйнай хірургіі і гінеколёгіі, уключаючы ў яго толькі выбраныя і самыя трудныя аддзелы. Студэнты пятага курсу павінны азнаёміцца з ўсімі галоўнымі мэтадамі апэрацый у брушной поласьці, жаночых плоцявых органах, нырках і печанёх, пластычнымі апэрацыямі, мэтадамі сшываньня касьцей і нэрваў. У стажорскую працу павінны ўключацца абавязковыя заняткі на трупе. Галоўная падрыхтоўка хірурга для вясковай больніцы павінна ляжаць на вышэйшай навучальнай установе. Практычная праца пад кіраўніцтвам асьвечанага хірурга па сканчэньню вышэйшае навучальнае ўстановы можа служыць толькі мэтам удасканаленьня, а не асноўнае падрыхтоўкі.

Для замацаваньня кваліфікацыі і ўтрыманьня яе на патрэбным узроўні, раённыя больніцы забясьпечваюцца прынамсі дзьвёма хірургічнымі часопісамі. Для палепшаньня сваіх ведаў хірургі раённых больніц праз тры гады працы на вёсцы атрымоўваюць камандыроўкі ў унівэрсытэцкія цэнтры дзеля падняцьця сваёй кваліфікацыі.

Асаблівасьці вясковай працы патрабуюць, каб у раённай больніцы працаваў не абмежаваны вузкі спэцыялісты; вёсцы патрэбен зьмешаны тып спэцыяліста: хірург-гінеколёг, хірург і акушор, хірург і офтальмолёг і г. д. Ня меншая ўвага павінна быць зьвернута на падрыхтоўку сярэдняга пэрсаналу, каб ён мог прыняць удзел у наркозе і асыстэнцыі. Асаблівасьці працы ніжэйшага пэрсаналю апэрацыйных пакояў павінны адбівацца на яго праўным і грашовым становішчы: малодшы пэрсанал павінен атрымоўваць за працу ў апэрацыйным пакоі падвышаную пэнсію і мець права на дадатковы водпуск. Гэты пэрсанал ні ў якім разе не павінен выкарыстоўвацца для гаспадарчых і іншых, ня зьвязаных з яго простымі абавязкамі, прац у больніцы.

У сучасны момант лячэбная сетка стала прад новым будаўніцтвам новых лячэбных устаноў і пераабсталяваньнем ужо існуючых. Пры пабудове новых амбуляторных пунктаў і новых больніц абавязкова павінны быць прыняты на ўвагу запатрабаваньні насельніцтва ў кваліфікаванай хірургічнай і гінеколёгічнай дапамозе. Прыбліжэньне гэтай дапамогі да насельніцтва зьяўляецца чарговай задачай працы Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя. Пры разгляданьні і зацьверджаньні плянаў новага больнічнага будаўніцтва Народны Камісарыят Аховы Здароўя, яго акруговыя органы і грамадзкая думка мэдычнага пэрсаналу павінны прыняць усе меры дзеля забесьпячэньня кваліфікаванае хірургічнае дапамогі вясковаму насельніцтву і ўтварэньня умоў, неабходных для хірургічнай працы на месцы.

О единой аптеке.

З. Вольфсон.

Аптека является частью медико-санитарной сети и, совершенно не правы те, которые и поныне рассматривают аптеку, как отдельное торговое или хозяйственное предприятие, призванное к накоплению коммерческой прибыли.

Советская аптека должна быть неот'емлемой частью дела здравоохранения. Таков был лозунг дня при национализации аптек. Аптеки постепенно сливались с лечебными учреждениями—проводилась госпитализация аптек. В связи с новой экономической политикой процесс госпитализации аптек приостановился. Аптеки переводились на хозяйственный расчет, были сняты с плеч государственного бюджета.

Изменился ли организационный принцип построения аптечного дела в связи с переводом его на хозрасчет—на самоокупаемость?

Конечно, нет. И теперь перед нами стоит та же задача—строить аптечное дело так, чтобы оно было органической частью всего дела здравоохранения. Несомненно, что осуществление этой задачи сейчас гораздо более трудно. Задача осложняется тем, что наряду с больничной и амбулаторной аптекой, находящейся на госбюджете, мы имеем аптеку хозяйственную. Это раздвоение аптечного дела было неизбежно на первой стадии НЭП'а. Но в настоящее время с укреплением аптечного дела, с подведением под большинство аптек крепкого материального базиса, такой параллелизм в аптечном деле нетерпим. Нетерпим в городе, нетерпим тем более на селе.

Если в городах больничные аптеки более или менее хорошо поставлены, то на селе и местечке, кроме отрицательных сторон больничных и амбулаторных аптек, отмечать нечего. Оборудование больничных аптек весьма примитивно, квалифицированного персонала там нет, лекарства готовятся кустарно, по-старинке, многих медикаментов нехватает и крестьянству приходится обращаться довольно часто в хозяйственную аптеку и покупать то, чего нет в больничной. А расположенная тут-же хозяйственная аптека хорошо обставлена, обслуживается квалифицированным персоналом и отпускает все,—были бы только деньги. И неудивительно, что порой слышатся жалобы селянства на недостаточное лекарственное обслуживание.

Приведенное достаточно говорит за то, что нужно положить конец существующему параллелизму. Пора четко и определенно поставить перед собой перспективу—создать единую аптеку.

Это необходимо как в интересах правильного лекарственного обслуживания трудящихся, так и в целях единого планового руководства аптечным делом.

Нас, конечно, спросят—а средств то достаточно, чтобы организовать такую аптеку,—и противники этой реформы будут запугивать тем, что хозяйственное благополучие аптек при передаче им обслуживания больницы будет разрушено, благодаря недостаточности сметных ассигнований на медицинское снабжение.

Такие возражения неосновательны по следующим мотивам:

Надо раз навсегда запомнить, что аптека не лавочка. Нужно бороться с уклоном, рассматривающим аптеки и аптечные об'единения, как тресты и т. п. Аптека в первую очередь есть лечебное учреждение, а аптечное дело в целом—часть всего дела здравоохранения.

Если так, то нужно принять за принцип, что вся прибыль аптечного дела должна итти на улучшение лекарственного обслуживания населения—в первую очередь на селе, и не страшно, если прибыль одних аптечных предприятий будет на первое время подкреплять некоторые недоходные сельские аптеки. Что касается хозяйственной мощности аптекоуправлений Белоруссии, то большинство из них успели за истекший восстановительный период подвести прочную материальную базу, обеспечивающую их дальнейшее нормальное существование, и, следовательно, они могут, без боязни, приступить к осуществлению лозунга единой аптеки.

Здесь нелишне отметить, что совершенно ошибочен взгляд наших хозяйственников, руководящих аптечным делом, полагающих, что об успехах аптекоуправлений нужно судить по балансу—по количеству прибыли. Такой взгляд не соответствует задачам, поставленным перед аптекой. Наркомздрав оценивает успехи аптекоуправлений, главным образом, потому, насколько удалось широко охватить квалифицированное обслуживание сельского и местечкового населения, насколько достигнуто удешевление лекарств, насколько качественно улучшается постановка аптечного дела вообще и, в частности, на селе.

Конечно, самому аптекоуправлению, без надлежащей помощи Окрздравов, и самим заведующим районными аптеками без должного отношения к этому вопросу районных врачей—не удастся справиться с задачей создания единой аптеки на селе.

Окрздравотделы и каждый районный врач в отдельности должны тщательно проработать вопрос обслуживания сельского населения лекарственной помощью из единой аптеки. Нужно заранее выработать определенный твердый список рецептурных прописей, которые могли бы быть заранее заготовлены хозаптекой, для того, чтобы не потребовалось дополнительных штатных единиц, непосильных данной аптеке.

Нужно рационализировать также выписку лекарств, дабы хватило имеющейся сметы на медснабжение. Иначе, если мы здесь допустим перегиб палки—мы только разрушим хозяйственное благополучие аптеки.

Опыт организации единой аптеки уже имеется. Открытые Наркомздравом единые аптеки (показательные) на районах себя вполне оправдали. По имеющимся отзывам Окрздравов, РИК'ов и самого обслуживаемого населения можно судить о том, что цель, поставленная при организации этих аптек, достигнута. Население тех районов, где имеются эти аптеки, обслуживаются доброкачественной квалифицированной лекарственной помощью. Отказов в отпуске лекарств не бывает. В среднем, один рецептурный отпуск обходится РИК'у в 6-7 коп., что почти полностью укладывается в рамки сметы.

Правда, некоторые из этих аптек на первое время были дефицитными, и Белмедторгу приходится покрывать дефицит из своих прибылей, но в этом большой беды нет, о чем речь уже была выше.

Таким образом, несомненно то, что при умелом подходе к данному вопросу со стороны Аптекоуправлений и надлежащем отношении районных врачей задачу организации единой аптеки удастся осуществить.

Только при устранении параллелизма в деле лекарственного обслуживания трудящихся аптека действительно станет неразрывной частью всего медико-санитарного дела республики.

Аптечное дело действительно будет звеном в общей цепи советской медицины.

Деятельность органов здравоохранения в области оздоровления школы.

(Доклад, сделанный на II Всебелорусском с'езде участковых врачей 27-I 1927 г.).

К. И. Герман.

Прежде, чем перейти к анализу и оценке работы врачей ОЗД и участкового медперсонала в учреждениях Соцвоса и Профобра, я хотела бы остановиться на динамике развития этих учреждений, на их санитарном состоянии, на состоянии здоровья наших детей, для того, чтобы полнее оценить работу врача в отношении двух названных факторов—детей и учреждений.

На 1925-26 год по всей Белоруссии было 224 семилеток, 2.057 примитивок, 73 детдома, 60 детсадов, 23 профшколы, с общим наличием детей в них 362.011.

1925-26 год является первым годом введения всеобщего обучения, которое должно быть закончено к 1934-35 г. По данным на 1925-26 г. всего школой охвачено детей в возрасте 8—11 лет в окружных городах 86,7 проц., в районах—64,3 проц.

К 1934-35 г. школой будет охвачено все 100 проц. детей в возрасте 8—11 лет, что даст увеличение числа детей в школах на 188,474 и количества комплектов на 6.219, исходя из 40 детей на одного наставника.

Постройка новых школьных зданий для этого количества комплектов только в 46,5 проц. будет готова к 1934-35 году, остальные 43,5 проц. будут построены в годы от 1934-35 до 1940-41 г., а капитальный ремонт существующих школ будет закончен к 1930-31 г.

Из этого явствует, что еще на продолжении многих лет состояние школы в смысле санитарно-гигиеническом не только не улучшится, но до некоторой степени останется без изменений, если не наступит некоторое ухудшение в смысле большей перегруженности и вытекающих из этого санитарных недочетов.

Разрешает ли санитарное состояние школ на дальнейшее их уплотнение? Данные о санитарном состоянии районных школ Белоруссии рисуют крайне тяжелую картину: большую тесноту, скученность, неприспособленность здания и инвентаря, с другой стороны—низкий санитарно-культурный уровень села, незнакомство учительства с требованиями гигиены несомненно кладут свой отпечаток на санитарный облик школы. Больше ¾—77,6 проц. районных школ имеет площадь ниже принятой нормы, по данным ЦСУ 83 проц. школ, т. е. 2.043 школы, находящиеся в собственном помещении, требуют ремонта, из них 1.262 школы, т. е. 61 проц.—капитального ремонта, 71,2 проц. имеет одну классную комнату, в то время как 46 проц. школ работает с 4-мя группами, а 44,4 проц. школ с двумя и тремя группами. В среднем на наставника или на класс приходится 50 человек, но все-же

в 612 однокомпл. школ		50— 60 чел.	на одного наставника или на один класс.
„ 686 „ „		60— 80 „	
„ 140 „ „		80—100 „	

Только 59,1 проц. школ имеет форточки, в одной трети школ производится сухая уборка, половина всех школ, т. е. 49,9 проц. вовсе не имеет уборных, 89,2 проц. школ пользуются водой из открытых колодцев. Нельзя не сомневаться, что эти профессиональные условия—школа—влияют на состояние здоровья, на физическое развитие наших детей, которым к тому еще приходится тяжело работать уже с очень раннего возраста. У нас, к сожалению, нет данных о физическом развитии наших крестьянских детей—этот пробел нам предстоит заполнить. Разработка заболеваемости и смертности в сельских местностях Белоруссии нас в этом отношении несколько обогатит.

Перейдем к состоянию здоровья школьников города по имеющимся у нас данным. Наши данные мы черпаем из материалов ЦДД, из отчетов врачей ОЗД, а также карточных материалов заболеваемости. Данные ЦДД и врачей ОЗД получены на основании осмотра в общем здоровых школьников. По данным ЦДД у 2.151, т. е. 58,4 проц. всех осмотренных детей бледные слизистые оболочки; можно оспаривать то или иное диагностическое значение окраски слизистых оболочек, все же нам некоторую ориентировку в отношении физического состояния детей это дает у 2.141—57,6 проц. слабо развита мускулатура, при чем особой разницы между белоруссами и евреями нет, у 39 проц.—1.439 всех детей имеет слабо развитый жировой слой, у 38,1 проц. сутуловатость, у 13,0 проц. сколиоз, 24,8 проц.—889 случаев с неправильно развитой грудной клеткой (узкая и плоская); у 82 проц. следы рахита, прощупываются лимфатические железы у 80,6 проц.—2.977, у 12,7 процентов (470 случаев) железы увеличены. Велик также процент—(54,7)—2.025 случаев болезни кожи, 12,1 (455 случ.) с болезнями (caries) зубов.

Особо следует остановиться на туберкулезе: у 1,25 проц. (47) туберкулез легких, 24,5 проц. (917) подозрительных на туберкулез; данные врачей ОЗД дают 2,3 проц. туберкулеза легких. Эти данные немногим отличаются от цифр Могилевского Тубдиспансера, где туберкулез легких составляет 2,0 проц. Меньший процент туберкулеза легких, по данным ЦДД, об'ясняется быть может тем, что часть, не проверенная, вошла в состав подозрительных, которые составляют 24,5 проц. Если туберкулез легких не выше Московских данных (2,4), то безусловно выше Берлинских данных, где туберкулез легких составляет 1,1 процент для школьного возраста.

По данным карточного материала на 1000 заболеваний приходится:

	На туберкул.	На туберкул. легк.	На туберкул. проч. орг.
Во всех возрастах	37,0	—	—
от 5—9 лет	63,9	9,3	28,9
„ 10—14 „	43,7	11,2	18,1

Как видим максимум заболеваний туберкулезом на 1000 заболеваний падает на дошкольный и школьный возрасты, но тут же, как видно из таблицы, следует отметить, что туберкулез в этих возрастах велик, преимущественно за счет туберкулеза прочих органов.

Говоря о влиянии школы на ребенка нельзя, хотя бы вскользь не остановиться на квартирных условиях наших детей, так как их благоустройство могло бы до известной степени компенсировать вредные профессиональные влияния нашей современной школы. И тут мне придется сослаться на данные ЦСУ: 74,3 проц. квартир в городах не имеют

установленной по норме площади, а в поселках даже 85,9; 30,9 проц. холодных, 30,3 проц. сырых в городах; 35,2 холодных, 22,6 процентов сырых в поселках.

По данным Минского детдиспансера 49 проц. детей спит совместно с кем либо в семье. Общепризнанным является факт, что большая успеваемость, трудоспособность связана с лучшим физическим развитием, что прекрасно подтверждается на материале вспомогательных школ. Об этом говорит также громадный материал—57.000 школьников, осмотренных Граупнером в Дрездене. Он показывает, что дети одного и того же возраста были тем хуже физически развиты, чем в низшей группе они занимались.

Вышеприведеные данные о школе и о детях заставляют нас чрезвычайно серьезно отнестись к работе работников ОЗД, на которых возложено оздоровление школы, ибо от их работы, их активности зависит вся постановка ОЗД в школе.

Углубление работы врача ОЗД, введение плановости в работу участка по обслуживанию детских учреждений, исследовательско-профилактическая работа детдиспансеров, их связь с школьными врачами и школой, участие работников ОЗД в повседневной работе Наробраза, предварительный отбор всех поступающих в школы, контроль над физкультурой, „Неделя охраны здоровья“ в начале учебного года,—все эти мероприятия являются путем к оздоровлению школы.

Прежде всего займемся анализом работы врачей ОЗД. Нами разработаны их отчеты за время с января по август месяц 1926 года.

Всего в окружных городах Белоруссии и только в окружных городах у нас имеется 27 врачей ОЗД. Прежде всего нас интересует вопрос находится ли все организованное детство под школьно-санитарным надзором и на это нам приходится, к сожалению, ответить отрицательно. Из существующих в окружных городах 244 учреждений Соцвоса нами обслуживается только 180, что составляет 73,7 процента и 82,3 проц., т. е. 40.258 сорганизованных в них детей.

По проценту количественного охвата города в смысле школьно-санитарного обслуживания распределяются следующим образом:

Слуцк	100,0 %
Полоцк	100,0 „
Калининск . . .	100,0 „
Орша	90,0 „
Минск	89,2 „
Мозырь	80,0 „
Витебск	75,8 „
Могилев	70,0 „
Бобруйск . . .	59,4 „
Борисов	43,7 „

Интересно отметить, что в городах, где охват не достигает всех 100 проц., семилетки обслуживаются на 100 или почти на 100 проц., так в Мозыре, где процент обслуживания равен 80 процентам, в Орше с 90 проц., в Минске с 89,2 проц., семилетки обслуживаются на 100 проц. и даже в Бобруйске и Борисове, которые по проценту обслуживания стоят на последнем месте—процент охвата семилеток составляет по Бобруйску 88,8 проц., по Борисову—83,3.

В общем, семилетка—основное учреждение Соцвоса в городе—обслужено на 91,1, из 91—82 семилетки, детдома обслужены на 80,4 проц., из 46—37 детдом. и детсады на 72,9 проц. из 37—27 детсад.

Учреждения профобра обслужены только на 61 проц., т. е. из 18 существующих—11 профшкол, но тут картина такова: в Минске, Калининске, Могилеве, Мозыре, Слуцке они охвачены количественно на все 100 проц., в то время, как в остальных городах они вовсе не обслуживались и тут, главным образом, приходится подчеркнуть Витебск с его 4-мя профшколами, который, несмотря на наличие 11 врачей в 1925-26 году не включил профшколы в круг обслуживаемых ими учреждений. Интересно также отметить, что Бобруйск, и Борисов, стоящие по обслуживанию на последнем месте, вовсе не обслуживают профшкол и детсадов; Витебск, наоборот, не обслуживая всех своих школ, обслуживает все свои детдома и детсады. Это об'ясняется отчасти тем, что Витебск имел врачей по смете ОНО для детдомов и детсадов, врачей же по смете Окрздрава им пришлось нагрузить школами.

Для анализа работы врача ОЗД надо прежде всего выявить число учреждений, приходящихся на одного врача—тут цифра получается очень высокая, значительно превышающая принятые нормы,—она составляет для Белоруссии 10,2 учреждения на одного врача, при чем она распределена следующим образом: школ на врача в среднем приходится 6,2, детдомов—1,7, детсадов 1,8 и 0,5—на профшколы. Тут на первом месте по количеству учреждений стоит Полоцк—13,9, на втором Витебск—13,1, на третьем—Орша и Могилев—12,8, на четвертом—Слуцк—12,4, затем идут по нисходящей: Бобруйск—10,7 учреждений, Мозырь—9,6, Борисов 7,2, Калининск и Минск по 6,4 учреждений на одного врача. При чем в эти 6,4 в Минске не включены профшколы, которые обслуживаются специальным врачем. Мы видим, что с одной стороны Полоцк с его 13,9 учреждениями на врача обслуживает количественно одним врачем все 100 проц. учреждений; с другой стороны Борисов с 7,2 учреждениями на врача и 2 врачами обслуживает только 43,7 проц. своих учреждений, а Бобруйск с 10,7 учреждений и тремя врачами всего 59,4 проц. учреждений.

Количество детей, приходящихся на одного врача в среднем по Белоруссии, составляет 1.995, при чем цифра эта по отдельным окружным городам значительно варьирует: на первом месте по числу детей стоит Полоцк с 2.840 детьми, на втором—Слуцк с количеством 2.395, затем Могилев — 2.275, Орша — 2.235, Бобруйск — 2.299, Минск — 1.969, Мозырь—1.832, Витебск—1.682, Борисов—1.451, Калининск—1.161. Интересно сопоставить эти цифры с данными о числе посещений, чтобы выявить взаимотношение числа посещений от количества обслуживаемых учреждений и детей. В среднем на одно учреждение в месяц приходится 4,5 врачебных посещений и тут на первом месте—Минск, который и в смысле количества учреждений на одного врача в самом благополучном состоянии—всего 6,4 в среднем на одного врача и посещений в среднем на одно учреждение—7,0 в месяц, на втором месте Слуцк—5,4 посещений, затем Мозырь с 5,0 посещениями в месяц на учреждение, Бобруйск—4,9 посещений, Витебск—4,5, Орша—4,1, Калининск—4,0, Борисов—3,8, Полоцк—2,5 и на последнем месте Могилев—1,8.

Можно на основании Минска, с его меньшим количеством учреждений, сделать вывод, что чем меньше учреждений падает на врача, тем чаще он их посещает и в большинстве случаев это действительно

верно. Это так по отношению к Полоцку, Могилеву, Витебску, Орше, но с другой стороны Слуцк с 12,4 учреждений на единственного врача стоит с 5,4 посещений на одно учреждение в месяц, на втором месте после Минска, в то время, как Калининск с 6,4 всего имеет 4,0 посещения на одно учреждение в месяц, Борисов, имея 7,2 учреждений на врача делает всего 3,8 посещений в месяц. Из этого видно, что количество учреждений влияет несомненно на число посещений, все же здесь имеют место и другие факторы, как заинтересованность врача и степень его втянутости в жизнь школы.

Рассмотрим теперь сколько осмотров и какие производит врач в детучреждении. В среднем, на 100 детей приходится всего 24,4 осмотра— иначе говоря врачи ОЗД успели осмотреть только $^1/_4$ часть обслуживаемых ими детей, и здесь на первом месте Орша, которая осмотрела 49,2 проц. всех детей; на втором месте Бобруйск—40,2 проц., на третьем Витебск—40,1 проц., затем Мозырь—15,1 проц., Минск— 15,0 проц., Борисов—12,7 проц., Слуцк—12,3 проц., Полоцк—11,7 проц.

Вышеприведенные цифры ясно говорят о том, какая незначительная часть детей осматривается врачами ОЗД и тут на одном из последних мест стоит Минск. Большим однако плюсом самих осмотров является то, что они по преимуществу носят профилактический характер—из 24,6 осмотров—профилактических 21,7, по заболеваемости же всего 2,7. Таково соотношение приблизительно во всех окружных городах Белоруссии. Если остановиться на роде осмотра в зависимости от типа учреждений, то мы убедимся, что больше всего осмотров производится врачами в детдомах и детсадах. Так, в детдомах 69,5 осмотров, в садах—61,7 на 100 детей, в то время, как в школах на 100 детей приходится 19,7 осмотров, из них профилактических 18,4, по заболеваемости 1,3, в то время, как по детдомам профилактических осмотров—51,0, а по заболеваемости—19,5, по детсадам 53,5 профилактических, 8,2—по заболеваемости. Работающий в детдоме врач посвящает очень много своего и без того скудного времени на лечебную работу. Корь, как известно, у нас не изолируется в больницы, и больные корью остаются в детском доме и их пользует врач ОЗД, то же относится и к ангине, фурункулезу, чесотке, свинке и целому ряду других заболеваний—все это очень нагружает врача ОЗД и тем самым отрывает его от основной работы. Поэтому следует приветствовать то начинание, которое намечается в некоторых городах—выделение специальных врачей для обслуживания детдомов и их разгрузка от лечебной работы. Детдома тем более требуют частого присутствия врача, что мы имеем дело с воспитательским персоналом, который по данным НКПроса в 66,6 проц. не имеет специального педагогического образования, с другой стороны—состав детей таков, что требует к себе более индивидуального подхода. У нас до сих пор не налажен вопрос с приемниками, которые после предварительного ознакомления с детьми распределяли бы их в соответствующие детдома, зачастую поэтому беспризорный попадает непосредственно в детдом и вносит в него дезорганизацию. Детсады в наших условиях являются какими то пасынками для врача ОЗД и ими нагружают врача добавочно, так сказать, сверх всякой нагрузки. Ясно, что и времени врач посвящает им меньше всего, в то время, как сады требуют большой педологической работы, а наши дошкольные работники осознали все значение врача-педолога для детсада и давно его ждут.

Перейдем к работе врача ОЗД в педагогическом совете—тут мы получаем крайне мизерные цифры—в течение месяца врач бывает на 1,4 заседаниях педсоветов всех обслуживаемых им учреждений, в сред-

нем же на врача 10,2 посещ., т. е. в среднем в одном учреждении в течение месяца врач бывает 0,13 раз на заседаниях совета, и если исходить из 9-ти месяцев школьного года—получается 1,17—1 раз в течение школьного года врач бывает на заседании педсовета, которых в течение года, по крайней мере, бывает 15, 16, 18. На заседаниях прочих комиссий, преимущественно детских, врач бывает в течение года 2,4 раза.

Лекций и бесед в течение года в одном учреждении на врача приходится 9,5, из них бесед с родителями в течение года было 0,63. Стоит несколько детальнее остановиться на этой стороне работы врача ОЗД. Может ли врач влиять на вопросы нагрузки детей, может ли анализировать он те или иные причины неуспеваемости ребенка, мимо него проходят важнейшие вопросы программы, дисциплины, учета умственно-отсталых и т. д., если в течение года врач бывает на одном заседании педсовета. Можно ли говорить о санитарно-воспитательной работе среди родителей, если в течение года бесед с родителями всего было 0,63, а с детьми—6,3.

Мы видим, что одна из основных задач врача ОЗД—вовлечение родителей в дело охраны здоровья детей и подростков, влияние на быт, на семью в очень незначительной степени выполняется врачами. Тяжелые условия, в которых живет школа, недостаточные средства по бюджету, отпускающиеся на ее благоустройство, все больше и больше говорят о привлечении общественных средств к делу оздоровления школы и тут в первую очередь надо сделать ставку на родителей—среди них нужна большая работа и ее инициатором, ее организатором должен стать врач ОЗД. Может ли врач при тех условиях работы, о которых мы говорили, выполнить те большие задачи, которые на него возложены. Удастся ли врачу ОЗД проследить за всем этим, выполнить свои обязанности педолога, если он не сумеет достаточно сорганизовать детские санкомиссии, втянуть педагогический и технический персонал—могущих стать самым верным проводником идей охраны здоровья детей и подростков и гигиенических навыков в школе. Несомненно, что врачами сделано многое в этом направление, но с другой стороны очень много еще впереди.

Я в нескольких словах остановлюсь на борьбе с эпидемиями в школе. Можно констатировать, что не было случая того или иного заболевания эпидемического, мимо которого прошел бы врач ОЗД, он совместно с санитарным врачем активно участвовал в ликвидации эпидемии, не говоря уже о предупредительных мерах, которые внутри школы целиком выполнялись врачем ОЗД.

Но зачастую мимо врача проходят важнейшие события в жизни школы—ремонт школы, заказ мебели и т. д. Заведывающий школой не свыкся еще с врачем, он его слишком редко видит, слишком мало осязается его присутствие в школе, а потому врач часто видит большие промахи уже post factum: окно пробито не там, где надо, уборные устроены не в соответствующем месте, электрические лампочки повешены так, что они освещают спину ребенка, произведен большой ремонт, но не сделаны форточки. Таких примеров можно бы привести с полсотни.

Одним из больных мест нашей школы является так называемая физкультура. Ясно, что санитарные условия нашей школы, ее перегруженность таковы, что говорить о приспособленных помещениях—залах для физупражнений—не приходится; физинструкторов у нас недостаточно, особенно в небольших окружных центрах, а потому часто не они приспособляются к школе, а наоборот, следствием чего физ-

упражнения происходят зачастую, как последний урок или в другое несоответствующее время. Врачи ОЗД мало знакомы с методами физупражнений, медконтроль, вследствие перегрузки врача недостаточен, да и школьные работники далеко еще не уяснили себе значения физупражнений, как оздоровительного фактора. Таким образом актуальнейшим вопросом является перевод уроков физупражнений на свежий воздух, подготовка врачей в вопросах физкультуры вообще, методики физупражнений в частности, показаний и противопоказаний к ним, качественное и количественное улучшение кадра инструкторов, внедрение знаний в среду педагогов, путем расширения программы педагогических курсов, педтехникумов и педфака в этом направлении.

Где-же причины всех этих явлений? Они прежде всего, по моему, в перегруженности врача количеством учреждений—10,2 учреждения на одного врача—это неимоверная цифра, она сама за себя говорит, что большой работы провести нельзя. Но и в этих условиях можно-бы достичь гораздо большего, если бы врач ОЗД все свое время отдавал детучреждениям, но здесь мы наталкиваемся на вторую основную причину недочетов в работе школьного врача—это его работа по совместительству—для 50 проц. наших врачей работа в школе вторая по счету—тут ясно играет роль и тот фактор, что наша ставка его полностью не обеспечивает, частично играет роль тяготение к лечебной работе, хотя с другой стороны нельзя не отметить, что некоторые врачи работают в наших диспансерах детей и подростков, иные в антропометрических кабинетах. Влияет несомненно и то, что многие врачи не имеют специальной подготовки, особенно это касается молодых врачей, которые еще не определились как школьные врачи, не находят еще удовлетворения в этой работе. Но сама школа является зачастую тормозящим фактором в работе врача ОЗД. У нас по Белоруссии почти нет школ, где была бы хоть минимальнейших размеров комната для врача, школа беспрерывно занята, не успевает уйти одна смена уже дожидается вторая, перемены между уроками крайне короткие, негде спокойно поработать, поговорить с кем надо, условия работы чрезвычайно тяжелые, нужна большая энергия со стороны врача, требуется большое содействие со стороны педагогического персонала для того, чтобы наладить работу в школе.

Обратимся теперь к работе медучастка по оздоровлению школы. У нас по Белоруссии на 1925-26 год в районах было 196 врачебных и 145 фельдшерских пунктов и это количество медперсонал обслуживало 4.120 школ, 27 детдомов, 23 детсада и 5 профшкол. Отделом ОЗД и П было разослана анкета для выявления работы участкового персонала по охране здоровья детей и подростков. На эту анкету ответили все округа, кроме Мозырского (Мозырь прислал поздно анкеты и они не могли быть включены в разработку). Из имеющихся в этих 9 округах 180 врачебных участков ответило 109, т. е. 60,5 проц., из 133 фельдшерских участков ответило 58, что составляет 51,1 проц. В пределах врачебных участков, ответивших на анкеты, имеется 2.308 школ. На первом месте по количеству ответивших на анкеты стоит Калининский округ—ответы от всех 100 проц. врачебных участков, на втором месте—Бобруйский ответило 79,3 проц. врачей, Минский—35,4 проц. и, наконец, Витебский—20,6 проц. на последнем месте. Врачами было осмотрено 89.038 учащихся, из них выделено по болезням 10.005, что сотавляет 11,2 проц., детей в пределах фельдшерских участков имеется 533 школы с количеством учащихся 32.945, из них осмотрено 26.078, т. е. 79 проц. и выделено по болезни 3.577, т. е. 13,7 проц. детей. Судить только по анкетам о всей проделаной

работе участкового врача по оздоровлению школы не представляется возможным, все же эти анкеты выявили характер работы. Надо сказать, что плановость в работе участка по ОЗД лишь намечается и тут, конечно, прежде всего виновны об'ективные условия. За исключением 13 специальных выездов в школы все выезды носили „случайный" характер. Пользуясь транспортом вызвавшего его крестьянина, врач заезжал и в школу. Отсутствие транспорта является одним из важнейших тормозящих моментов, следующим по важности является чрезмерная нагрузка врача, что, именно в таком порядке следуют причины недостаточной работы по ОЗД свидетельствуют как данные анкет, так и материалы окружных конференций участковых врачей. Участковый персонал в общем считает проделанную работу недостаточной и указывает на целый ряд мероприятий, необходимых для углубления работы по охране здоровья детей и подростков. Вот самые характерные предложения, выдвигаемые участками: требования транспорта—67, введение кадра врачей ОЗД, на районе—таких требований 46, выделение специальных дней для обслуживания школ—17, введение преподавания гигиены—17 и в 23 случаях требования литературы и пособий. Вопрос налажения транспорта, как мы видим, теснейшим образом увязан с обслуживанием школ. Элементы плановости все же имеются, так как наличие повторных посещений об этом явно говорит. Так, за первое полугодие 1925-26 года 83 врачами было произведено 491 первичных и 315 повторных, 44 фельдшерами было сделано 134 первичных и 340 повторных, об этом свидетельствует приложенная табличка.

	Кем	Первичн. посещен.	Повторн. посещен.	Всего посещен.
I полуг. 1925-26 г.	83 врач. . . .	491	315	806
	44 фельдшер. .	134	340	474
II полуг. 1925-26 г.	79 врач. . .	410	166	576
	35 фельдшер. .	134	135	297

Чрезвычайно характерным яляется тот факт, что участковые врачи уже ясно учли необходимость медико-педологического врачебного обслуживания школ и на многих окружных конференциях отрадно отметить, когда участковые врачи, докладывая о своей профилактической работе, прежде всего останавливаются на школе. Работа носила зачастую случайный характер и учет ее еще также такого же свойства. Многие вовсе не фиксируют данных осмотра детей, некоторые заносят его в самодельный журнал—этот пробел придется выполнить путем выработки краткой индивидуальной анкеты или журнала на каждого школьника. Неудивительно, что при таком случайном характере работы многие существенные моменты из жизни школы вовсе не охватываются еще участковыми врачами. В связи с развивающимся школьным строительством вопрос новых школьных построек—один из важнейших, и в этом отношении районные медработники должны отстоять свои обязанности и право принимать самое деятельное участие в обсуждении всех деталей постройки (место, материал и т. д.). Из всех анкет на вопрос принимают ли врачи участие в школьном строительстве, только в единичных случаях есть утвердительный ответ.

Нельзя не упомянуть о тех достижениях, которые отмечают участковые врачи в результате своей работы. Таких достижений в смысле оздоровления школы они насчитывают 131, только в 10 слу-

чаях указывается, что достижений не было. Достижения распределяются следующим образом: улучшения, касающиеся учащихся (ликвидация чесотки, инфекций, стрижка волос, кипяченая вода и т. д.)—23 случая; улучшения по отношению к зданию школы (ремонт, уборные, очистка ям, побелка, снабжение топливом и т. д.)—53 случая; улучшения в оборудовании школы (мебель, кубы, плевательницы, умывальники)—21 случ.; улучшения общего санитарного состояния школы (влажная уборка, чистота, проветривание)—34 случ.

Большая работа проделана районным врачом по медосмотру подростков. Если процент охвата сельхозрабочих в 1925 году составлял всего 1,4 проц., то в 1926 году он уже составляет 5,5 проц. всех осмотренных. В селениях городского типа охвачено медосмотром 4.213 подростков, что составляет 36,3 проц. всей осмотренной молодежи, а в сельских местностях—1.846, т. е. 15,4 проц. Большим недостатком является то, что этот осмотр проводился в порядке общественной нагрузки и этому не было отведено определенное время и суммы.

Обслуживание пионеров как в городе, так и в деревне у нас еще не налажено. Тут ясно действуют те-же об'ективные причины. Но все же нельзя все пункты подвести под одну мерку. Одно дело пункт с одним врачем, совсем другие требования можно пред'явить к пункту с двумя или тремя врачами. Если от пункта с одним врачем мы можем требовать только более или менее удовлетворительного обслуживания школ селения самого участка, то работа пункта с двумя и тремя врачами должна быть более углубленная: в специально выделенные дни (1—2 в неделю), врач систематически посещает школы, производит осмотр, фиксирует свои наблюдения на специальных анкетах, договаривается с педагогическим и техническим персоналом о практических методах устранения найденных дефектов, и если это требует более значительных затрат, он ставит свой доклад о состоянии школы на Сельсовете, РИК'е или сансовете; он производит систематический медицинский осмотр школьников и о результатах докладывает на собраниях родителей или матерей (связавшись с райженорганизатором), широко использовывая эту аудиторию для привлечения ее внимания к нуждам школы, предлагая конкретные и практические мероприятия, выставляя вопросы о горячих завтраках и т. д. Данные осмотра точно фиксируются и результаты повторного осмотра непременно доводятся до сведения матерей и родителей. Это тем более важно, что дети очень рано привлекаются к тяжелой физической работе и правильное освещение этого вопроса и всех его последствий перед родителями и матерями на конкретных примерах несомненно повлияет на оздоровление детей, то-же относится к вопросам питания вообще и горячих завтраков в частности и целому ряду других социально-гигиенических явлений в жизни детей. От участка с двумя-тремя врачами можно требовать более тщательного медконтроля над физкультурниками и работы среди пионеров.

Общественная работа участкового медперсонала выражается в следующих цифрах:

(число докладов)

	В школах	Сельсоветах	РИК'ах	Сансоветах	ВСЕГО
Врачами	14	59	66	11	150
Фельдш.	27	78	34	5	144
Итого	41	137	100	16	294

Большим пробелом в нашей работе является наше незнакомство с физическим типом и состоянием физического развития нашей деревенской и местечковой детворы. И в этом отношении данные систематических осмотров имели-бы большое значение, их бы следовало дополнить хотя-бы самым элементарными антропометрическими измерениями. (Вес, рост стоя, рост сидя, окружность груди). Эта работа, как и медосмотр вообще, требует определенных условий, которых в наших школах нет. Вот для этой цели нам предстоит создать на районе кабинет по изучению детского возраста, этот кабинет руководил-бы всей работой по району, он бы обслуживал и физкультурников и таким образом мы создали бы первичную ячейку диспансера детей и подростков на районе—кабинет педологии и физкультуры, который в своем развитии будет равняться по городу.

Заодно остановлюсь несколько на обслуживании физкультурников—это дело поставлено у нас не удовлетворительно, а между тем тяга со стороны молодежи к ней велика и зачастую без медконтроля под руководством демобилизованного красноармейца, как инструктора, эти физупражнения вырождаются в нечто крайне нежелательное и в этом отношении врачу на районе следует связаться прежде всего с комсомольской ячейкой, с пионер-активом, с избой-читальней, которые являются организаторами физкультуры.

Работа врача по оздоровлению школы не будет выполнена, если он не втянет в нее педагога—только содружество этих двух факторов сделает возможным изучение и оздоровление школы и ребенка. Опираясь на санкомиссии, которыми по инструкции врача руководит педагог за время между двумя посещениями врача, привлекая общественное мнение к школе, заострив в данный момент свое внимание на строительстве школы, участвуя в работе районных методических бюро, на курсах переподготовки учителей, районных конференциях, врач действительно двинет оздоровление школы и через нее ребенка.

Но с другой стороны и врач требует для себя подготовки по вопросам педологии и физкультуры. Поднятие квалификации необходимо также для укрепления авторитета врача. Курсы переподготовки участковых врачей должны будут этот момент в своей программе учесть, врачи, интересующиеся этой областью здравоохранения, будут прикомандированы к окружным диспансерам детей и подростков, они, наконец, найдут большие возможности обогащения своего опыта в районных кабинетах педологии и физкультуры, которые в дальнейшем будут комплектоваться врачами-специалистами.

Следующим звеном в деле оздоровления школы являются диспансеры детей и подростков. Я не стану останавливаться на вопросах диспансеризации, так как этой теме посвящен доклад на нашем С'езде. На 1925-26 год у нас было 3 таких диспансера: в Минске, Витебске и Полоцке; все три диспансера проводили систематическую работу по изучению определенных групп школьников, рабочих подростков и пионеров. Полоцкий Диспансер, самый молодой, пропустил 3014 детей, из них 479 первичных, Витебский—6.824, из них первичных 3.114. Минский—68.993, из них первичных—19.737. Сверх того, Минский Диспансер пропустил 5.964 через обследовательские кабинеты; Минский Диспансер провел большую работу по борьбе с фавусом и трихофитией. В этом отношении хорошо поставлен патронажный институт сестер и врачей на дому и систематический надзор за школами и другими детучреждениями.

За этот период в Минском Диспансере развернута работа психоневрологического кабинета. Кабинет этот приступил к работе в стенах самой школы, результаты экспериментов прорабатываются совместно с педагогами, к этому же привлекаются врачи ОЗД, что даст возможность, быть может, к началу будущего учебного года предварительный соматический осмотр вновь поступающих соединить с экспериментально-психологическим исследованием и таким образом отбор в школы произвести самый рациональный, что значительно оздоровит атмосферу школы.

Этими тремя диспансерами была проведена также работа по лечению и санации зубной полости. Так, в Минском Диспансере в зубном кабинете было сделано 24.855 посещений, из них первичных 3.803, в Витебском всего посещений 7.307, из них первичных 1.960 и в Полоцком—4.634, из них первичных 816.

Но работа диспансеров будет осмыслена и даст практические результаты, если будет основываться на научно-исследовательской базе. Нашими диспансерами она ведется, особо следует отметить работу Минского Диспансера; благодаря его исследовательской работе мы имеем штандарты физического развития по главнейшим признакам почти для всех детских возрастов. Следует ожидать, что с развитием нервно-психологического кабинета, мы обогатимся знанием и психофизического облика нашего ребенка.

Нельзя не признать, что лечебная работа в наших диспансерах занимает еще довольно почетное место, на это имеется целый ряд об'ективных причин, во-первых, наши диспансеры еще недавно были амбулаториями, во-вторых, у нас нет дет. поликлиники, которые и должны были бы взять на себя лечебную работу; в третьих, диспансер не увязывал своей работы с врачами ОЗД. На этом моменте стоит остановиться—благодаря неувязке с врачами ОЗД диспансер недостаточно знакомился с жизнью школы, с другой стороны и врач ОЗД не получал методических и практических указаний в своей работе в школе, не пользовался теми исследовательскими материалами, которые имелись в диспансере, что тем более важно, так как школьные врачи требуют переподготовки по вопросам педологии и при наших ограниченных средствах посылки в центры мы заинтересованы в том, чтобы именно диспансер стал центром практической и методической работы по охране здоровья детей и подростков, из этого явно следует, что врачи ОЗД должны быть прикреплены к детдиспансерам.

Чтобы себя, как центр работы по ОЗД и П оправдать, диспансер должен поставить акцент на профилактической, обследовательской работе, она в наших условиях должна составлять не менее 50% всего времени работы. Не имея возможности в силу об'ективных условий охватить все организованное детство, диспансеризация должна пойти по линии двух крайних возрастов во всех школах: самых младших групп (вновь поступающих) и оканчивающих семилетку.

Долго останавливаться, почему именно самые младшие дети должны быть охвачены диспансеризацией не приходится, предварительный отбор, о котором я буду говорить ниже, ясно говорит о том, что материал детский, который вливается в школу, требует осторожного подхода и изучения—это самый ранимый возраст, не привыкший к дисциплине школы, к сидячему, по преимуществу, образу время препровож-

дения в школе, которая по своему санитарному состоянию оставляет многого желать. Оканчивающие же школу это подростки, по преимуществу в периоде полового созревания, которые на завтра же после окончания попадут на производство или к кустарю на ученичество, в профшколу, ВУЗ, Техникум или на Биржу Труда. Мы обязаны этот контингент изучить, для нас чрезвычайно важно знать, кого именно в психофизическом отношении мы выпускаем из школы, мы должны это исследование соединить с профконсультацией, так как вопрос профессии это один из самых актуальных для выпускников школы.

Тут заодно кратко коснусь вопроса обслуживания подростков диспансерами. До сих пор плановости и системы в этом отношении не было. Медосмотр рабочих подростков происходил, зачастую, в стенах диспансера, но кончался медосмотр и наступал конец также наблюдению над подростками, диспансер не связывался с производством, терял всякую связь с подростками. Только в этом году будет положено начало диспансеризации подростков, по крайней мере в тех городах, где у нас имеются диспансеры. Ясно, что и врачебный контроль над физкультурой должен осуществляться диспансером, принимая во внимание, что большинство физкультурников составляет рабочая молодежь. Но диспансеры не выполнили бы возложенных на них задач, если бы они не сумели сорганизовать вокруг себя советской общественности. Таким органом является Совет Охраны Здоровья Детей и Подростков, который с одной стороны есть орган общественного содействия, с другой стороны он увязывает работу врача с педагогами и инструкторами. Если совет оправдал себя в другой области советского здравоохранения, то их значение в охране здоровья детей и подростков очень велико.

ОЗДиП в силу многих причин является еще отсталым участком на фронте здравоохранения, как раз в нашей области имеется незначительное количество квалифицированных работников, меньше всего учреждений, меньше всего отпускается средств, о нашей работе мало знают широкие слои общественности, вот почему вопрос „совета охраны злоровья детей и подростков“ давно назрел, он необходим для постоянного взаимодействия с массой педагогов, родителей, детей и рабочих подростков. Только незнакомство с задачами ОЗДиП и вытекающим отсюда непониманием целей могло послужить причиной того, чго организация ОЗД и П не дотировалась из фонда „Г“, например. Наши Советы призваны для того, чтобы этот мрак рассеять, чтобы убедить общественное мнение, что оздоровление рабочего класса и будущее Советской Республики зависит от здоровья детей и юношества,— что это одна из главнейших задач советского здравоохранения. „Советы“ принесут практические результаты тогда лишь, когда вся работа будет построена на секционном методе. В каждом совете должны быть по крайней мере две основные секции: врачебно-педагогическая и родительская. В больших окружных центрах работает еще пионерская секция, секция рабочих подростков и физинструкторов, организационно-финансовая. В Минске такой совет организован и себя вполне оправдывает.

Являясь центром по охране здоровья детей и подростков, диспансер должен принимать активнейшее участие на курсах по переподготовке учителей, участковых врачей, пионер-вожатых, инструкторов физкультуры и т. д., планы работ диспансера должны утверждаться на совещании врачей ОЗД данного округа.

Следующим звеном в деле оздоровления школы является предварительный отбор вновь поступающих в школы до начала занятий. Этот

отбор имеет в виду отсеять от школы детей, могущих стать опасными в смысле инфекций для коллектива, во-вторых, умственно и физически отсталых, которые без пользы для себя, а в большинстве случаев и вредом становятся баластом для школы.

Осенью 1926 года перед началом учебного года, по предложению Оздравдета при детдиспансерах Минска и Витебска, был произведен такой отбор вновь поступающих в школы. Определенные школы по выработанному плану в намеченные дни и часы присылали новичков с групповодами в детские диспансеры (часто приходили также и родители). Здесь заседала Комиссия, состоявшая из врачей ОЗД, специалистов по глазным и кожным заболеваниям. Каждый ребенок получал на руки свидетельство, в котором или разрешалось ему посещать школу без оговорок, или же под условием, что он до поступления в школу вылечится от имеющегося у него заболевания, например, чесотки, вшивости и т. д. Бывали случаи, когда ребенку закрывали доступ в школу, например, при туберкулезе легких, при трахоме с слизисто-гнойным выделением или при высокой степени физической отсталости. Свидетельства проверялись в школе групповодами и врачами ОЗД. К фавозным и трихофитийным детям детдиспансер направлял на дом патронажную сестру, вся семья подвергалась осмотру, все больные начинали лечение в фавозном кабинете.

Цифры, полученные в результате этого профилактического осмотра говорят сами за себя.

В Минске прошло 2.025 детей (из них застрахованных 1.142) Из них выделено 25 больных трахомой, что составляет 1,23 проц.; если еще принять во внимание, что эти 25 случаев были рассеяны по 11 школам, то ясно какое распространение могла бы принять трахома в этих школах. Случаев парши и трихофитии было 11, что составляет 0,54 проц.—они были рассеяны по 10 школам. У 116 была отмечена вшивость, что составляет 5,7 проц.; чесотки—11 случаев или 0,54 проц.

Через Витебскую Детпрофамбулаторию прошло 1.853 детей, из них больных трахомой было 9 (0,47 проц.), паршей и трихофитией 61 ребенок (3,27 проц.), чесотки было 25 случаев (1,34 проц.), вшивости 397 случаев (21,3 проц.).

В шесть раз больший процент парши и трихофитии в Витебске указывает, что там дело борьбы с фавусом еще не налажено, в то время как в Минске несколько лет подряд ежегодно производится поголовный осмотр всех школьников для выявления фавуса и трихофитии и больной ребенок тогда лишь подвергается лечению, когда вся семья идет на осмотр и взята под наблюдение фавозного кабинета Центрального Детского Диспансера.

Меньший процент вшивости по Минску об'ясняется тем, что в Минске в начале осмотра вшивость не регистрировалась.

Эти несколько цифр ясно говорят о низком культурно-гигиеническом уровне тех семей, откуда дети происходят. Они говорят об отсутствии элементарных санитарно-гигиенических навыков; это дети, которые редко употребляют мыло и воду, которые почти не знают бани.

Но этот осмотр дает еще целый ряд других интереснейших данных о состоянии здоровья наших детей.

В то время, как по Витебским данным выявлен только 1 случай туберкулеза легких, 2 туберкулеза кости и 7 туберкулеза желез, цифры Минска дают совершенно иную картину: на заболевания легких

здесь приходится 623 случая, что составляет 30,7 проц., из них туберкулеза легких 129 (6,3 проц.), туберкулезных бронхоаденитов 412 (20,3 проц.), 82 случая бронхита (4 проц.). Это расхождение в цифрах об'ясняется либо тем, что в осмотре в Минске принимали участие врачи более знакомые с туберкулезом и диагностицирующие его уже в начальных формах, или же тем, что в Минске осмотр был более детальный, о чем свидетельствуют выявленные также 168 случаев (8,1 проц.) „малокровия", 181 случай (8,8 проц.) увеличения лимфатических желез и другие заболевания.

Как бы ни было, даже если минские цифры и несколько преувеличены, они достаточно громко говорят о неблагополучии здоровья наших ребят, так как нельзя пройти мимо такого большого проц. (6,3 проц.) туберкулеза легких, (20,3 проц.) туберкулезных бронхоаденитов и (8,1 проц.) „малокровия". Не следует, правда, забывать, что новички 1926-27 учебного года, это дети, родившиеся в 1917, 1918 и 1919 годах, т. е. в годы тяжелой разрухи, голода и холода и это обстоятельство, ясно, не без следа, прошло для их здоровья.

Выводы этого осмотра напрашиваются сами собой:

1. Физический багаж, с которым дети являются в школу, внушает серьезные опасения за их дальнейшее физическое развитие и что из этого вытекает за их успеваемость в школе.

2. Предварительный отбор вновь поступающих следует проводить во всех округах Белоруссии, где диспансеров нет—к этому привлечь специалистов из общей амбулатории.

3. Приблизить школу к школе на открытом воздухе, провести пропаганду среди педагогов и детей за открытые окна, за использование перемен для пребывания на открытом воздухе.

4. Широко развернуть санатории полуоткрытого типа, площадки с питанием, спортивные и т. д.

5. Добиться горячих завтраков в школе.

6. Договориться с Отделами Комхоза о льготных банях для школьников на средства родителей, Советов или охраны здоровья детей или других общественных организаций.

7. Провести летнюю оздоровительную кампанию таким образом, чтобы в ней могло участвовать большинство нуждающихся детей.

8. Организовать при Детдиспансерах Советы Охраны здоровья детей и подростков и максимально втянуть в их работу родителей.

Эти предварительные отборы тогда лишь себя оправдают, если за ними последуют практические мероприятия не только со стороны органов здравоохранения, но и народного образования. Для умственно-отсталых нужно создать вспомогательные школы, для начала хотя бы отдельные группы, а для физически-недоразвитых—школы-сады. Эта работа требует большого вмешательства со стороны врачей ОЗД, им необходимо усвоить методы экспериментально-психологического исследования для рационального отбора детей, проводить систематическую работу среди педагогов и детей за открытые окна, за выведение школы на открытый воздух, привлечение родителей с целью влияния на жилищные условия и условия питания детей.

С целью оздоровления школы мы в этом году осенью провели совместно с Наркомпросом „Неделю охраны здоровья" в школах Соцвоса и Профобра. Во всех школах городских и районных были организованы комиссии из врача, родителей, детей и педагогов, которые детально знакомились с санитарным состоянием школы и тут же намечали дефекты, требующие неотложного устранения. В результате

этой „Недели“ во многих школах устроены форточки, фрамуги, произведены мелкий ремонт, генеральная уборка здания и усадьбы, приобретен санитарно-гигиенический инвентарь (плевательницы, кубы, рукомойники и т. д.). Завершением „Недели“ явился комплекс по охране здоровья в школе, для родителей же это было своего рода зарядка, установка на оздоровление школы и делом педагогов и врачей было укреплять в дальнейшем эту реакцию.

Нельзя не упомянуть, говоря об оздоровлении школы, что мы в этом году добились циркулярного распоряжения Наркомпроса о чтении гигиены в школах по одному часу в неделю в 5-й, 6-й и 7-й группах, при чем дано было указание, что преподавание гигиены должно вестись преимущественно врачами. Правда, на местах это неполностью проводится в жизнь не только по вине ОКРОНО и перегрузки программы, но и по той причине, что врачи ОЗД, будучи перегружены, недостаточно энергично добивались часов по гигиене.

Под'итоживая все проделанное работниками охраны здоровья детей по оздоровлению школы, можно притти к следующим выводам: неотложная задача, стоящая перед органами здравоохранения, это увеличение кадра врачей ОЗД, их переподготовка, равно как поднятие квалификации районного врача по вопросам педологии, организация диспансеров для детей и подростков с подсобными учреждениями во всех окружных городах и больших районных пунктах, превратив их (диспансеры) в центры методической и практической работы ОЗД и прикрепив к ним врачей ОЗД. Перед работниками ОЗД стоит задача большего контакта с массой педагогов, что станет возможным, если врач будет участвовать в работах педагогического Совета, методического Бюро, окружных и районных конференций педагогов. Как базу для работы среди учащихся врач ОЗД должен использовать Санкомы и форпосты школ, но работа врача не будет доведена до конца, если в круг его деятельности не будут вовлечены родители.

Я начала свой доклад от всеобщего обучения и заканчивая еще раз хочу остановиться на этом вопросе. Как я уже сказала к 1934-35 г. всеобщее обучение будет введено, я указывала при каких тяжелых условиях эта колоссальнейшей важности проблема будет разрешена и в этом деле должно сказаться участие врача ОЗД, его работа. Если введение всеобщего обучения связано с большими трудностями, то его последствия могут оказать неблаготворное действие прежде всего на развитие и здоровье детей. И тут крайне необходим бдительный глаз врача ОЗД, врача на районе, как в смысле содержания существующих школ на определенном санитарном уровне, так и при строительстве новых, при подборе нанимаемых частно-владельческих зданий под школы, при отборе детей и т. д. Могучий культурный сдвиг, который наступит в связи с всеобщим обучением—поголовная грамотность населения—это фактор, в котором заинтересованы мы, вообще, как граждане Советского Союза, в частности же, как врачи и именно врачи ОЗД, являющиеся врачами-общественниками par excellence.

Одновременно все растет качественно и педагогический коллектив—курсы переподготовки годичные, двухгодичные, все увеличивающаяся квалификация воспитанников педтехникумов, вот тот другой мощный общественно-культурный фактор, который хотя и легче поймет врача ОЗД в его работе, станет его верным помощником в школе, но с другой стороны он станет пред'являть большие требо-

вания к врачу ОЗД, а потому врач ОЗД не может и не должен отстать, тут требуется большая систематическая работа со стороны врача ОЗД по всем вопросам педологии, но для той же цели требуется также увеличение возможностей получения этой квалификации. Я имею в виду для начала кафедры по гигиене воспитания, педологии и физкультуре при Медфаке, которые послужат стимулом для организации Института охраны здоровья детей и подростков и Института физической культуры в Белоруссии.

Деятельность лечебно-профилактической организации Белоруссии с точки зрения ее диспансеризации.

(Доклад на 2-м Всебелорусском С'езде врачей).

С. Р. Дихтяр.

Периодический анализ результатов работы должен стать нашей традицией. Несомненно, что это будет хорошая традиция, потому что только такой анализ может дать достаточный материал для заключения о правильности наших мероприятий и об их качестве. Год тому назад НКЗдрав на основании первого такого анализа формулировал основные принципы организационного и количественного построения медико-санитарной сети. Эти принципы, как известно, легли в основу проекта производственного плана, который значительно помог добиться тех успехов в развитии бюджета и сети, какие мы имеем в текущем году. Разумеется, необходимо поставить целью всей медико-санитарной организации от периферии до Окрздравов производить аналогичную работу соответствующего об'ема и содержания, и данный доклад, думается, должен служить продолжением прошлогоднего нашего анализа и завершением его. Если тогда речь шла, как указывалось, об организационных формах и количественной стороне медико-санитарной сети, то сейчас мы хотели бы разобраться в качественных признаках ее: мы хотим в общем уясненные морфологические признаки дополнить функциональной оценкой наших учреждений, при этом важнее всего выяснить, насколько целесообразно, практически принятая, а также рекомендуемая нами система медико санитарного обслуживания, каковы конкретные проявления этой системы—точные ее основания. Так как в подобных случаях возможна опасность ошибочных выводов, если они делаются на основании рассуждений, как бы эти рассуждения ни были правильны сами по себе, то выводы мы строим на основании того фактического материала, который нам дает статистика деятельности учреждений.

Поскольку целью нашей является выяснение функциональных признаков организации, мы, естественно, организующей идеей доклада избрали диспансеризацию, как мы ее понимаем и как она была нами охарактеризована *, потому что в конечном счете практически необходимо, пора уже определить, готовы ли мы, имеются ли у нас об'ективные предпосылки и умеем ли по суб'ективным качествам проводить эту систему, насколько эта система правильна и целесообразна. Ведь, самая диспансеризация может не оправдать себя, и тогда все разговоры о ней и призывы о ее применении также очень трудно оправдать.

Диспансеризация должна быть определена, как особая система здравоохранения (медико-санитарного обслуживания населения), при которой, на основе точного и систематического учета социально-гигиенических признаков населения, устанавливаются обще-санитарные

---

* См. С. Р. Дихтяр—„Рациональное построение сети"—„БМД".

мероприятия и организуются необходимые виды лечебно-профилактической помощи. Коротко говоря, диспансеризация есть учет плюс квалифицированная медико-санитарная организация плюс социальная помощь. Это—те основные элементы, наличие которых и определенное сочетание создают диспансеризацию. Поэтому анализировать деятельность лечебно-профилактической организации с точки зрения ее диспансеризации—значит дать оценку фактического состояния указанных элементов и сделать практические выводы для дальнейшего направления работы. Что касается вопроса о целесообразности применения диспансерной системы, то в указанном понимании он, кажется, не может и подлежать дискуссии: квалифицированная медико-санитарная помощь, социальная помощь и учет наших нужд—основные требования, не нуждающиеся в особом обосновании. Переходим к оценке нашей сети с точки зрения этих требований.

Постановка учета.

Учет социал-гигиенических признаков населения, как известно, производится на основе обще-статистических данных о движении населения, материалов по массовому физическому обследованию и материалов деятельности лечебно-профилактических учреждений. До настоящего времени некоторая работа проводится в этом смысле в центре (работа стат. органов, мед. освидетельствование подростков, сводки Наркомздрава), но работа еще слабо ведется на периферии. Между тем диспансеризация обусловлена именно такой работой каждого учреждения, ибо именно учреждение само должно являться диспансерной ячейкой. Статистически оформленный анализ учреждением своей собственной деятельности есть первый шаг по пути диспансеризации.

Разумеется, неудовлетворительное положение учетной работы наших учреждений обусловлено совершенно об'ективными причинами, но надо признать, что к этим причинам нельзя отнести отсутствие материала, подлежащего учету, как это бывает в начальной стадии развития медицинской организации. Если в прошлые годы можно было говорить, что мы еще не вышли из этой стадии, то сейчас определенно выясняется, что мы из нее выходим, а в некоторых отношениях уже вышли. Речь идет о стадии организации первичных, или лучше сказать, основных видов помощи.

В самом деле, амбулаторной помощью у нас охватывается все большая часть болеющего населения, а в городах этот охват достиг в общем своего предела. Число обратившихся больных в сельских местностях (кроме окружных городов) увеличилось за половину 1926 г. по сравнению с половиной 1925 года на 12%, а всех посещений на 30%; в городах же число обратившихся больных уменьшилось на 0,7% (среди застрахованых на 19%), а общая посещаемость увеличилась на 20%*. Если сравнить с соответствующим ростом амбулаторной деятельности в 1925 г., по сравнению с 1924 г. (около 100% в сельских местностях), то следует признать, во-первых, продолжающийся еще довольно значительной рост посещений населения в сельских местностях; во-вторых, стабилизированную обращаемость в городах; в третьих, общий рост повторных посещений; в четвертых, дальнейшее увеличение обращаемости сельского населения следует ожидать лишь с увеличением самой сети. Мы хотим подчеркнуть, таким образом, что существующие амбулатории в сельских местностях уже близки

* Все статистические данные по отдельным округам приведены в таблицах. К сожалению, по техническим условиям таблицы напечатаны быть не могут. *Ред.*

к тому, чтобы исчерпать обращаемость обслуживаемого района. Хотя отсутствуют более точные данные для доказательства этого (расстояние от амбулаторий обращающихся селений), все же можно утверждать, что уже сейчас статистическое изучение материала по деятельности наших врачебных амбулаторий, может представить довольно основательные данные для общих санитарных и лечебно-профилактических мероприятий. Для городов этот вопрос абсолютно бесспорен. Разумеется, изучение лишь в том случае будет иметь смысл и значение, если деятельность более или менее правильно учитывается.

Медико-статистическая деятельность наших учреждений, как нами неоднократно указывалось, является по существу основной задачей и составляет весь социально-гигиенический смысл их существования, а неудовлетворительная постановка учета в свою очередь отрицательным образом характеризует квалификацию медико-санитарной организации. Диспансеризация, как мы установили, немыслима без квалифицированной помощи, диспансеризация в то же время есть завершение квалифицированной помощи; учет—первый шаг диспансеризации, учет в то же время—косвенный признак квалификации.

Амбулаторная помощь.

Однако, все непосредственные показатели квалификации нашей медико-санитарной организации определенно улучшаются. Не касаясь улучшения материальных (сметных) условий существования, которые чувствуются на местах очень хорошо, приведем несколько функциональных признаков поднятия качества наших учреждений. Прежде всего это касается амбулаторной деятельности: число посещений каждым больным амбулатории растет: в городах 3,1 в 1925 г., 3,7—в 1926 г., в сельских местностях 1,6—1,8. Правда, в сельских местностях наблюдается одно явление отрицательного свойства—это значительная фельдшерская деятельность: 21,7 проц. всех посещений и 26,5 проц. первичных падает на фельдшерские пункты и во врачебных амбулаториях 38 проц. всего приема производится фельдшерами (в городах—10 проц.). Помощь на дому в сельских местностях в 63 проц. также оказывается фельдшерами. Если даже считать, что фельдшерский прием во врачебной амбулатории при правильной организации дела, с точки зрения квалификации, допустим, то все же основной факт, что, в общем, больше половины обращающегося сельского населения получает фельдшерскую помощь, сам по себе заслуживает нашего внимания ради практических выводов.

Практические изменения необходимы и в организации помощи на дому в городах, которая в общем сейчас построена на индивидуальном обслуживании больных. Совершенно понятно, что рационально организованная помощь на дому должна преследовать более широкие социально-гигиенические цели. Это может быть достигнуто, когда обслуживание района в городе будет вестись по тем же принципам, какие мы рекомендуем обычно для сельского участка.

Госпитализация.

Основным условием квалифицированного медико-санитарного обслуживания и необходимой предпосылкой диспансеризации является достаточная и правильная госпитализация. Степень госпитализации определяется числом госпитализированных на 100 первичных амбулаторных больных и на 1000 жителей. За половину 1925 г., на 100 первичных больных госпитализировалось в городах по прошлогодним

статистическим данным—9, а за половину 1926 г.—10; в сельских местностях—2,5 и 2,9. (В опубликованные данные в прошлом году, как выяснилось, вкралась ошибка, которая и получилась в результате неправильного расчета прошедших больных). В отношении городских застрахованных увеличение особенно ясно: 6—в 1925 г. и 8—в 1926 г. При расчете на 1000 жителей за половину 1926 г. мы получили такие данные: застрахованных госпитализируется 63 проц., прочего населения—10 проц.; на 100 первичных 6,5 и 4 (см. таблицы).

О качестве госпитализации мы судим по средней продолжительности пребывания больного и по нагрузке коек. Данные таковы: в 1925 г. в городах средняя продолжительность пребывания больного 18 дней, в 1926 г.—19, а без псих. коек—13, в проч. местностях средняя продолжительность пребывания больного не изменилась—9,8 дня; нагрузка коек—147 проц. и 94 проц. в городах, 84 проц. и 88 проч. местностях. (Первое число относится к 1925 г., второе—к 1926 г.) Таким образом, можно констатировать известное улучшение самого характера стационарной деятельности: увеличение продолжительности пребывания больного на койке; более правильное использование коек в городах и нормальную нагрузку коек в прочих местностях.

Специализация.

К условиям квалифицированной помощи относится и ее специализация. Фактическое положениие в этом отношении следующее. У нас, в общем, организованы все специальные виды помощи (речь идет, конечно, только о городах), при чем в отношении амбулаторного обслуживания 30 проц. всех больных—терапевтические, 6 проц.—акушерско-гинекологические, 11 проц.—хирургические, 9 проц.—глазные, 6 проц.—ушные, 37 проц.—прочие; на каждого больного соответствующей специальности падает: 3,2; 3,3; 5 и 9,6; 3,7 и 4,4 посещений. Эти данные, между прочим, имеют и практическое значение для расчетов дальнейшего развертывания организации.

Коечный фонд в городах по отдельным специальностям распределяется так: терапевтических коек—13 проц., акушерско-гинекологических—22 проц.; хирургических—21 проц.; глазных—7,5 проц.; заразных 18,5 проц.; туберкулезных—13 проц. венерологических—5 проц. Если учесть среднюю продолжительность пребывания больного по каждой специальности (13, 6,17, 18, туберкулезных—35 и вен.—22), а также нуждаемость их в госпитализации при различных заболеваниях, то в общем, практика установила, повидимому, довольно целесообразное распределение наличного числа коек. Более детальное изучение вопроса вносит ряд коррективов, которыми необходимо руководствоваться при дальнейшем планировании стационарной помощи. Фактическое использование коек не всегда совпадает с фактическим распределением их, именно: терапевтических коек—13 проц., проведено койко-дней на них—14 проц., акушерско-гинекологических—22 проц. и 20 процентов; хирургических 21 процент и 23 процента, глазных 7,5 и 8 проц.; заразных—18,5 процента и 15,9 процента, туберкулезных—13 проц. и 13,1 проц.; венерологических 5 и 6,5 процента. Психкоек по всей БССР будет в 1926-27 г. 830 коек, т. е. 0,2 на 1000 жителей, кроме Гомельского и Речицкого округов, больше, чем в прошлом год, но еще всего—$^{1}/_{3}$ принятой нормы (0,6), и без того крайне ограниченной.

Таким образом, необходимость некоторого изменения распределения коек, организации недостающих видов (например, ушных) и

расширения существующих видов помощи выясняется совершенно определенно.

Здесь, пожалуй, уместно обратить внимание на крайне разнообразную практику наших псих. больниц в отношении продолжительности пребывания больных, величин смертности, причин ее и проч. Разумеется это явление требует специального изучения и определенных изменений.

Однако, основной корректив должен быть внесен в смысле приспособления нашего коечного фонда, да и всей организации к наблюдающемуся типу заболеваемости в Республике. Это собственно—главная целе-установка во всей системе здравоохранения вообще, а в отношении поднятия ее квалификации—в частности. Между тем для типа заболеваемости в Белоруссии все еще является характерным большой процент инфекционных болезней (хронических и острых). Так, из 1.486.274 больных, прошедших в 1925 году через амбулатории в сельских местностях 294.916 или 20 проц. составляли заразные больные (50 проц. из них остро-заразные), в городах—из 531.340 больных 84.520 заразных или 16 проц.; за половину 1926 г. соответственные данные таковы: в сельских местностях—19 проц. (из 946.320—164820 заразных), в городах—17 проц. (из 286.378 больных—55.328 заразных).

Такое соотношение между заразными и прочими заболеваниями не только вызывает необходимость в первую очередь учесть потребность в учреждениях для обслуживания заразных больных, но должно отразиться на всем плане организации здавоохранения. Нет никакого сомнения, что и общая заболеваемость—ее характер и самое течение болезней—находится в известной зависимости от характера и течения инфекционных заболеваний. Наше заключение, следовательно, сводится к тому, что рациональная борьба с эпидемиями и правильное обслуживание заразных больных, являются мероприятиями основными, могущими влиять в конечном счете на все остальные наши мероприятия. С этой точки зрения госпитализация заразных больных у нас и абсолютно, и относительно (в сравнении с своими значением) недостаточно: по данным 1925 г. в городах госпитализировано 78 проц., а в сельских местностях—25,2 проц. в отношении только тифозных, скарлатинозных, дифтерийных и оспенных больных. И диспансеризация лечебно-профилактической организации, поэтому, настоятельно требует упорядочения, расширения наших противоэпидемических мероприятий и заразного коечного фонда в частности и особенности.

Акушерско-гинекологическая помощь.

С точки зрения влияния на последующую заболеваемость женской части населения имеет громадное значение акушерско-гинекологическая помощь, социально-гигиеническая роль которой и без того совершенно ясна. Родовспомогательная деятельность наших учреждений растет. За половину 1925 года оказано родовспоможений в городах 4731, в сельских местностях—5.156, за половину 1926 г. соответственно—5.156 и 7.110. В проц. ко всем родам это означает: в городах оказывалась медицинская помощь в 73 и 84 проц. всех родов, в сельских местностях 6 и 7,9 проц. Из всех родовспоможений в городах 94,5 проц. падает на нормальные роды, а в сельских местностях 88,9 проц. Таким образом статистикой подтверждается, что в сельских местностях более распространены обращения за акушеркой в патологических случаях—правда, степень такой обращаемости сейчас меньше, чем раньше и чем можно было этого ожидать.

Когда мы подробнее рассматриваем характер родовспомогательной деятельности, то убеждаемся и в других различиях между городскими и прочими местностями. В городах из всех родовспоможений в нормальных случаях госпитализировано 91,8 проц., в сельских местностях—30,5 проц., врачами оказана помощь в городах в 45,5 проц. всех нормальных родов, в сельских местностях—в 8,6 проц.; наконец, из родовспоможений, оказанных на дому—в городе врачами оказано в 6 проц., в сельских местностях—5,6 проц. Это различие в качестве родовспоможений особенное значение имеет в отношении патологических родов: из них в городе госпитализировано 94,6 проц., в сельских местностях—43 проц., врачами оказывается помощь в городах 95 проц., в сельских местностях—только в 60 проц., на дому—50 и 39 проц.

Та же недостаточность квалификации констатируется в отношении производства абортов на селе: в городах только 1,1 проц. всех зарегистрированных абортов производится средним мед. персоналом, а в сельских местностях—23,2 проц , при чем из этих абортов 60,6 проц. произведены на дому. Мы можем дать некоторое об'яснение этому беззаконию, разумеется, отражающемуся на здоровьи населения. Все же, если верить статистическим данным, почти 1/4 всех производящих себе аборт крестьянок, делает это с двойным риском для жизни и здоровья, и дело нисколько по существу не изменяется, если даже 100 проц. всех случаев производства аборта средним персоналом относятся к вмешательству по поводу начавшегося аборта. Только так и можно понять приведенный громадный процент легализированного беззакония, если можно так выразиться.

Во всяком случае, число абортов продолжает расти: в городах с 50 на 100 родившихся в 1925 г. оно выросло до 61, в сельских местностях с 2,1 до 3,1; на 1000 жителей в год: 17 и 20 в городах, 1 и 1,4 в сельских местностях, на 100 родовспоможений 70 и 73 в городах, 36 и 39 в сельских местностях. При всем том остается неизменным наш вывод, что госпитализация всех абортов в городах требует сравнительно незначительного числа коек и вполне осуществима на все 100 проц. * Что касается сельских местностей, то приведенные нами данные о крайне неудовлетворительном состоянии акушерско-гинекологической помощи лишний раз доказывают необходимость отмены всяких условий, заставляющих крестьянку, и без того еще недостаточно культурную, искать помощь в подполье. Если можно спорить о целесообразности абортных комиссий в городах, где по нашему мнению, они также излишни, то в сельских местностях, кроме вреда, они не могут ничего принести.

Некультурностью крестьянок несомненно об'ясняется и их слабая обращаемость за акушерской помощью. Вот доказательства: всех родовспоможений, падающих на 1 акушерку за половину 1926 г. в сельских местностях 27,7, из них самостоятельно оказано—23,7, оказано на дому—18. Иначе говоря, в среднем, в месяц акушеркой, по нашим данным, оказывается 4,5 родовспоможений. Само собой понятно, это говорит за недостаток спроса, и использование акушерок для других работ на участке практически является следствием такого спроса. Однако, несомненно также, что это использование мешает работе акушерки по активизации женской части сельского населения в отношении спроса квалифицированной акушерской помощи. Поэтому, освобождение акушерок от исполнения других обязанностей в б-це в настоящий момент

* См. нашу статью „Лечебно-профилактические задачи в области акушерско-гинекологической помощи" — „БМД"

должно преследовать именно цель популяризации акушерской помощи среди крестьянок.

Необходимо указать еще на одну причину, замедляющую рост обращаемости за акушерской помощью в сельских местностях: недостаточно удовлетворительная, повидимому, постановка самой этой помощи имеет несомненное значение в указанном смысле, как в отношении, впрочем, и всех других специальностей. Проведенное специальное анкетное обследование этого вопроса выявило следующую картину. Всего статистически обработано 152 анкеты (по всей БССР 268 врач. учреждений, из них 196 в сельских местностях). К сожалению, не во всех анкетах даны исчерпывающие ответы на все вопросы: производятся хирургические операции в 48 учреждениях (герниотомии—в 16, аппендэкромии—в 11, трахеотомии—в 20, ампутации—в 38), акушерские операции производятся в 65 учреждениях. Последняя цифра заслуживает, разумеется, особого внимания: только в 43 проц. учреждений заполнивших анкеты, может быть получена соответствующая квалифициророванная акушерская помощь.

Отдельные виды помощи.

Положение глазной помощи, которая у нас имеет столь важное значение в связи с распространением трахомы (по разным ответам глазных больных среди амбулаторных от 6—22 проц., из них трахоматозных 11—35 проц.) таково: лечатся глазные заболевания в 142 учреждениях (трахома в 129, внутр. части глаза в 40); систематическое лечение трахоматозных в 98 учреждениях, глазные операции в 33 учреждениях.

Венерологическая помощь в сельских местностях рисуется анкетой в следующем виде. Обследование пораженных по сифилису очагов производится 58 учреждениями (85—не производит). Сальварсан, терапия применяется в 47 учреждениях (89 не применяют).

Зубоврачебная помощь в городах оказывается в 34 зубкабинетах с 69 креслами (5.600 жителей на 1 кресло), в прочих местностях в 76 кабинетах с 77 креслами (50.000 жителей на 1 кресло). Различие между городскими и прочими местностями заключается и в самом качестве зубоврачебной помощи: в городе на 1 больного падает 5 посещений, в прочих местностях 3,3; в городах пломб положено 116 на 100 больных, в прочих местностях—45; на каждые 100 пломб в городах—47,5 экстракций, в прочих местностях—78. В то же время количество экстракций на 100 больных в городах больше, чем в прочих местностях: 53,7 и 35. Это последнее обстоятельство свидетельствует о том, что экстракция в городах является одной из процедур при общем оздоровлении рта, а в прочих местностях—самостоятельным терапевтическим вмешательством.

Таким образом, в отношении отдельных видов помощи приходится констатировать весьма значительные задачи, стоящие перед органами здравоохранения, особенно в сельских местностях. Что касается специальной помощи, то особо следует отметить развитие рентгеновского дела:

	Общее число процедур:	В том числе для лечения фавозных.	Трихофития	Общ. число обслужив. лиц.	В том числе:	
					фавозн.	трихоф.
1925 г. (9 мес.)	9.708	2.150	960	6.513	482	238
1926 г. . .	23.176	4.705	3.031	15.160	1.183	824

В области крупно-протезной помощи следует отметить качественное улучшение (организация ортопедическай амбулатории). За год изготовлено 470 единиц.

Состояние учреждений.

Соответствующей по количеству и качеству госпитализацией и специализацией медпомощи не исчерпываются условия общей ее квалификации—непременным условием, предопределяющим все остальные, является удовлетворительное состояние самих учреждений (помещений, снабжения, инструментария, персонала). Имеются правда, успехи в отношении благоустройства учреждений, улучшения оборудования (особенно в городах) в Минске (б-цы, амб.), Могилеве (б-цы, амб.), Климовичах (б-цы, амб.), Мозыре (амбул.), Борисове (б-ца), Бобруйске (б-ца, зар. б-ца, диспансер) и инструментария, однако, на ближайшие годы создание (уже не восстановление) основного жилищного фонда для мед.-сан. учреждений и их фундаментальное оборудование должно занять центральное место и в деятельности органов здравоохранения, и среди трат на здравоохранение.

На основании анкетного материала, мы можем установить некоторые факты, характеризующие положение в сельских местностях. Хирургическим инструментарием снабжены 117 учреждений (из них достаточно—24); достаточно перевязочного материала имеют 30 учреждений (112 недостаточно); снабжены сальварсаном в достаточной мере—26 учреждений (74—в недостаточной) и проч.

Весьма важен вопрос о подготовке медперсонала, но мы имеем данные только о подготовке врачей:

В области венерологии	30	не нужд. в переквалиф.,	69 нуждается;
В обл. хир., гинекол., акуш.	8	„ „	116 „
В обл. офтальмологии	14	„ „	105 „

При всей суб'ективности ответов, на основании которых составлены эти сведения, при всей, следовательно, относительной ценности их—все же указанный факт имеет весьма значительное практическое значение при дальнейшем планировании переподготовки врачей.

С точки зрения диспансеризации имеет основное значение квалификация не только в определенных специальностях и не только врачей, но общий уровень социально-гигиенической подготовки и овладение всеми работниками медико-санитарного дела основными методами диспансеризации. Необходимость поднятия этого уровня и обучения этим методам, разумеется, определяет направление работы органов здравоохранения и НКПроса в области подготовки и усовершенствования кадрового персонала.

Социальная помощь.

Охарактеризованными выше моментами (функциональные признаки работы наших учреждений—степень и качество госпитализации, специализация помощи, состояние учреждений, подготовка персонала) в основном исчерпывается оценка настоящего состояния второго элемента диспансеризации—квалификации медико-санитарной организации. Третий элемент диспансеризации—социальную помощь следует собственно понимать, как систему мер воздействия на среду больного, в целях как улучшения условий его выздоровления и предупреждения дальнейших заболеваний, так и ограждения среды, общей с другими индивидуумами, от опасности, которую больной может для нее представить. Таким образом всякая госпитализация сама по себе является мерой социальной помощи, поскольку этим создаются благоприятные

условия для течения заболевания; госпитализация заразного больного, так сказать, вдвойне социальная помощь; она ставит и самого больного в лучшие условия и ограждает среду от заражения; интернирование душевно-больного, следовательно, также социальная помощь. Мы хотим сказать, что самая природа и сущность здравоохранения — социально-гигиеническая; сама функция здравоохранения — социальная. Однако, когда говорят о социальной помощи, как об организационном признаке диспансеризации, следует иметь в виду лишь социальную помощь, оказываемую учреждениями вне своих стен.

Mutatis mutandis все сказанное относится и к врачу, как общественному деятелю. По существу всякая врачебная работа есть общественная работа, и работая в больнице, помогая туберкулезному, леча сифилитика, оказывая помощь роженице, врач выполняет определенную немаловажную, социальную функцию. Однако, вся эта работа, пока она проводится специфическим медико-биологическим методом самим врачем вне связи с окружающими, еще не обладает характером общественной, а врач становится истинным общественным деятелем, когда он для исполнения своих профессиональных обязанностей связывается со всем обществом и его интересами, его возможностями. Врач-общественник не обязан быть членом правления кооператива или исполкома — это не специфично для врача, или специфично не только для врача — врач-общественник в центре своей медицинской работы ставит социальную помощь, которую он обязан организовать, а может организовать только при помощи всех общественных организаций.

До настоящего времени, обычно социальная помощь организационно связывается с деятельностью диспансеров, которые строились для отдельных заболеваний. Диспансер в нашем понимании является центром целой совокупности лечебно-профилактических учреждений, для которых характерны принятые нами три признака (больничные койки, санатории, диэтстоловые, прочие виды профилактория и проч.).

Деятельность тубдиспансеров характеризуется данными, сведенными в таблице:

Кварталы	1925 год: I	II	III	IV	I	II	За 1925 г.	За пол. 1926 г.
Прошло туберкул. больных	2540	2080	2109	2108	2858	2674	8737	5532
В отнош. всех первичн. (в проц).	60	34	45	36	48	31	42	38
На каждого больного посещен.	4,1	2,8	2.8	3,6	4,3	2.8	3,3	3,4
На 1 туб. посещений	(если считать, что не туб. посещ. диспанс. по 1 р.)						6,4	7,2
Бацил. в отн. всех туб. (в проц.)	10,9	19,2	10,2	19,1	11	11,5	17,5	11,2
Слушало лекции (% к первичн.)	48	43,6	150	187	202	180	108	181
Больных взято под наблюдение (% ко всем перв.)	28	31	37	54	70	60	38	64
Патронаж. посещ. сделано в отношении всех туб. в проц.	42	88	66	125	122	146	78	134
Тоже в отнош. одного бацил.	3,9	4,4	6,4	6,4	12	14	5,3	13
Положит. результ. соц. помощи на одного туберкулезного	0,8	2,1	1,7	2,1	1,7	2,3	1,6	2

Нужно подчеркнуть основные выводы: 1) Собственно диспансерная работа растет; 2) тубдиспансеры в очень значительной степени обслуживают не туберкулезных больных (последн.—38—42 проц. всех обращающихся); 3) качество обслуживания улучшается. Еще нельзя утверждать, что тубдиспансеры полностью выполняют свое назначение (недостатки учета, недостаточность подсобных учреждений и проч.), но сейчас можно констатировать наличие всех оснований для развертывания полного диспансерного обслуживания определенных групп туберкулезных больных.

Деятельность вендиспансеров характеризуется следующими данными:

	Колич. б—ных	Посещ.	На 1 больного
I . . .	3.283	25.309	8
II . . .	5.614	39.757	7
III . . .	6.300	46.895	7
IV . . .	6.482	58.119	9
I . . .	8.202	62.708	7,5
II . . .	8.531	58.172	7
III . . .	7.722	52.798	7

За 1926 год (девять м-цев).

Из 24.955 больных—	кожных . . .	15.379—62,9	проц.
	венерических . .	4.750—19	„
	прочих . . .	4.326—18,	„
Из венер. больных:	мягк. шанкром.	13— 0,3	„
	гонорреей . .	2.200—46,1	„
	сифилисом . .	2.537—53,7	„
По обслед. работе осмотрено . .		16.219	лиц
Из них обнаружено:			
	сифилис . .	239—1,5	„
	гоноррея . .	543—3,5	„
	мягк. шанкр . .	55—0,35	„

На лекции было 25.663 слушателей, 105 проц. в отношении первичных больных.

Социальная помощь, развитая вендиспансерами, до настоящего времени еще очень слаба.

Слабой стороной деятельности диспансеров, особенно в области социальной помощи, необходимо признать недостаточное участие в этой работе санитарных врачей. К сожалению, роль санитарного врача в системе медико-обслуживания и оздоровления населения все еще недооценивается.

К социальной помощи следует отнести и мероприятия по линии работы правильно функционирующих органов контроля и экспертизы. Всего через ВКК за 11 месяцев 1925-26 г. прошло 64.726 чел., из них 55.242 (85,3 проц.) застрахованных; среди последних признаны здоровыми 3036 (5,5 проц.), больных с сохранением трудоспособности 10.179 (18,7 проц.), предоставлено отпусков 32.672 (59); назначено амбулаторное лечение 2.097 (3,8 проц.), стационарное лечение—2.235 (4 проц.); санаторное—3.067 (5,5 проц.); переведены в инвалиды—1.003 (1,8 проц.). Длительность предоставлявшихся отпусков такова: до 7 дней—15.083 ч. (46,2 проц.); до 14 дней—13.108 (40,4 проц.); до 21 дня—1.709 (5,2 проц.); до 30 дней—1.699 (5,2 проц.); выше 30 дней—973 (3 проц.).

Что касается деятельности других учреждений в области социальной помощи, то ни материальные средства, ни организационные формы ее не представляли до сих пор возможности ее развивать.

Выводы.

Вышеприведенные данные и соображения далеко не исчерпывают деятельности всей медико-санитарной сети. Наш доклад пришлось ограничить, во первых, в соответствии с избранной темой, и во-вторых, в связи с тем, что по вопросам охматмлада и охздравдета имеются особые доклады. Таким образом, мы считаем возможным перейти к выводам.

Диспансеризация есть сумма правильно поставленного учета социально-гигиенических признаков населения, квалифицированной медико-санитарной организации и социальной помощи болеющему населению, но это—не арифметическая сумма, а взаимозависимое сочетание слагаемых, каждое из которых определяет другое и в то же время зависит от них. Диспансеризация есть такая форма медико-санитарной организации, при которой деятельность учреждения (квалификация) дает материал для выявления социально-гигиенических нужд обслуживаемого населения (учет), при которой удовлетворяются социально-гигиенические нужды каждого больного (социальная помощь) и предпринимаются обще-оздоровительные мероприятия. Разумеется, и квалифицированная медпомощь не может быть организована без учета нужд, и социальная помощь часто не может быть оказана вне оздоровительных мер. Проведение диспансеризации, следовательно, требует определенных условий.

Об'ективно деятельность нашей лечебно-профилактической организации не только представляет основные возможности, но и обусловливает необходимость перехода на диспансеризацию. Эти об'ективные условия заключаются в значительном охвате болеющего населения, и в то же время, в непрерывном росте посещаемости амбулаторий, в наличии основных специальных видов помощи, в необходимости рационализировать медицинскую организацию, в потребностях населения. Между прочим последним фактом, может быть, и об'ясняется развитие частной практики врачей даже среди обеспеченных государством групп населения.

Однако, в целях диспансеризации учреждений, необходимо изменить формы самой работы, и прежде всего организовать учет этой деятельности и ее результатов. Учет имеет значение не только, как статистическое оформление социально-гигиенических данных, характеризующих обслуживаемое население, но и как воспитательный фактор в смысле расширения кругозора и возбуждения социально-гигиенических интересов медицинских работников. Учет должен быть поставлен самим учреждением, само же учреждение должно сводить учтенный материал и делать из него выводы. Учету подлежат наиболее часто обращающиеся б о л ь н ы е и их семьи, в частности, душевно больные, наиболее часто встречающиеся з а б о л е в а н и я; санитарные условия населенных пунктов и отдельных хозяйств, школ и мест общественного пользования; учету подлежат эпидемии и эпидемические очаги; источники водоснабжения, санитарные условия промышленных предприятий; учету подлежит движение населения и причины смертности, экономические условия, отхожие промыслы и т. д., и т. д.

В каждом лечебно-профилактическом учреждении должен быть основной материал, который характеризует обслуживаемое население: общее количество, детское население, школьники и школы, показатели движения населения за несколько лет, населенные пункты (районы, города, улицы), расстояние их от учреждения, пути сообщения, водоемы и водоисточники, промышленные предприятия, бани. Все эти данные можно получить из статистических органов, загсов,

соответствующих отделов, исполкомов и проч. Весьма важным условием является также посемейная регистрация заболеваний, которая должна быть общей для конгломерата учреждений (амбулатория, консультация, больница и т. д.), которые пользуются ею из одного источника.

Основной вопрос—как учитывать? Разумеется, общеобязательная регистрация больных и обязательная отчетность ни в какой мере не может удовлетворить в указанном смысле. Тут нужна инициатива самих учреждений, главным образом, для установления на определенное время об'екта учета. Общие указания таковы: каждая учетно-обследовательская работа должна фиксироваться (форма не столь важна и сама по себе усовершенствуется), об'екты должны браться из областей, наиболее близких и интересующих в данное время работников учреждения, примерно такие: состав (половой, возрастной, национальный), обращающихся больных, экстенсивные показатели болезненности, движение населения, санитарные описания намеченных пунктов, предприятий, осмотр школьников, рабочих подростков и т. д.

Как в свое время указывалось, вначале дело не в том заключается, чтобы все или возможно больше об'ектов охватить учетно-обследовательской работой, а в определенной установке всей работы учреждения, которое должно искать основные вредные моменты в условиях жизни обслуживаемого населения и каждого больного и стремиться оздоровлять обнаруженные такие моменты. Нет никакого сомнения, что сознательно ведущийся санитарно-статистический учет всей работы и обнаружение относительных наиболее вредных обще-санитарных дефектов и укажут пути их устранения.

Уяснение конкретной связи между материалом, проходящим через учреждение, и внешними условиями—первый и, пожалуй, наиболее важный шаг по пути диспансеризации. Второй шаг—установление живой связи с учреждениями и организациями, от которых зависит в той или иной мере оздоровление условий жизни обслуживаемого населения. Разумеется, что базой этого оздоровления должна являться квалифицированная, благоустроенная лечебно-профилактическая организация. В этом отношении органам здравоохранения предстоит организовать недостающие виды медпомощи и расширить существующие и в первую очередь противотуберкулезные учреждения, особенно для люпозных и костно-туберкулезных больных, психическую помощь (колонии, патронаж), противоэпидемические учреждения, больничные отделения для больных уха, горла и носа. Мы думаем, что необходимость организации указанных видов помощи вовсе не требует особых доказательств. Мы хотим лишь обратить внимание, что госпитализация, правильное лечение люпозных и костно-туберкулезных больных имеет не только обычное социально-гигиеническое значение—эти больные представляют большую тяжесть экономическую и психологическую для окружающих. Известно, какую психическую травму наносят люпозные и костно-туберкулезные больные в семье.

Далее мы хотели бы подчеркнуть необходимость децентрализации физических методов лечения, путем организации их во всех городах и путем их упрощения, ради возможности применения и в условиях участковой работы. Эту последнюю надо начать строить на основе организации отдельных специальных видов помощи. Что касается существующих сейчас учреждений, то их благоустройство должно являться наиглавнейшей заботой. Конечно, все эти текущие общездравоохраненческие мероприятия могут рассчитывать на успех опять

таки на основе учета органами здравоохранения и анализа как деятельности медико-санитарных учреждений, так и общих экономических и социально-политических условий.

Однако, безукоризненно разработанный органами здравоохранения план развития медико-санитарного дела, даже обеспеченный материальными средствами, план этот останется мертвой схемой, если сами учреждения не возьмут на себя весь труд реорганизации своей деятельности на новых началах диспансеризации и укрепления всех ее элементов. Характер работы учреждения определяется, конечно, его работниками, а не предначертаниями.

Пример акушерской помощи особенно хорошо подтверждает это. Не только недостаток учреждений и персонала служат главным препятствием к рациональной диспансерной ее постановке, в настоящий момент, а и качество работников: до тех пор такая постановка немыслима, пока не будет подготовлен соответствующий кадр акушерок и врачей, которые должны не ждать обращения к себе, а распределять свою помощь на основе предварительного учета нуждающихся в ней. То же относится и к помощи на дому.

Поэтому общее социально-гигиеническое образование, соотв. об'ема и содержания, должно стать основой всякой программы по подготовке и переквалификации медперсонала; социально-гигиеническое resp социально-патологическое направление должно определить характер преподавания всех, без исключения, дисциплин во всех медицинских учебных заведениях, на всех курсах; научные кружки и общества, профсоюзные об'единения; все общественное мнение должно быть использовано для обеспечения этому направлению преобладающего влияния на мышление и практическую деятельность персонала. Мыслить и действовать не социально-гигиенически должно стать также „предосудительно", как не быть знакомым с современными методами исследования или патологическими теориями. Без такого кадра людей процесс диспансеризации будет излишне длителен и труден—при таком кадре диспансеризация будет проведена без особых усилий, как со стороны органов здравоохранения, так и со стороны персонала.

Необходимо далее указать, что самое благоустройство учреждения в значительной мере зависит от его работников. Если несколько лет тому назад было правильно положение, что условия работы часто деквалифицировали работников, то теперь правильно и то, что только квалифицированный работник несомненно в состоянии улучшать условия своей работы. Поэтому должно стать правилом, что не умеющий делать основных операций, но владеющий основной врачебной методикой, не должен выпускаться из университетов. Подобные врачи не только плохо обслуживают население, но деквалифицируют свое учреждение во всех отношениях.

Итак, кадр хорошо подготовленных врачей с социально-гигиеническим мировоззрением, благоустроенные учреждения—основные предпосылки диспансеризации; ее завершение—социальная помощь. Нужно подчеркнуть, что деятельность диспансеров (см. выше данные по тубдиспансерам) дает основание предполагать, что в дальнейшем целесообразно итти по пути диспансеризации населения через общие учреждения, а не через диспансеры по отдельным специальностям, перенеся в общие учреждения выработаные организационные формы социальной помощи. Наиболее правильно было бы, если организационными и организующими центрами диспансеризации станут учреждения, наиболее близкие (территориально и по роду обслуживания) к населению: это участковая больница или амбулатория, медпункт на предприятии,

районная (в городе) амбулатория. Такой центр, с одной стороны, устанавливает связь с мед. учреждениями, а с другой—при нем организуется общественная ячейка—Совет Социальной Помощи, в свою очередь, устанавливающий определенные взаимоотношения с другими общественными организациями, работающими в области здравоохранения (секции Горсовета, Советы по борьбе с проституцией, ком. содействия жил. строительству, комитеты взаимопомощи и Красного Креста и пр.).

Особая и особенная взаимная заинтересованность существует между социальной помощью и санитарной работой. Работая в области оздоровления внешней среды своими особыми методами, санитарные врачи, в силу недостаточности средств, часто вынуждены ограничиваться оздоровлением среды наиболее уязвимых групп населения или наиболее важных вредностей. Естественно, что о том и другом они могут получить данные по материалам Совета Соц. Помощи. С другой стороны Совет Соц. Помощи заинтересован, чтобы санитарная работа распространялась на ту территорию или на те условия, которые имеют особо важное значение с точки зрения нуждаемости находящихся под наблюдением Совета Соц. Помощи больных. Поэтому участие санитарных врачей в работе Советов Соц. Помощи является обязательным ради успеха этой работы.

Еще одно условие обязательно в деятельности Советов Соц. Помощи: это—материальная база. Одной из своих основных задач Совета, конечно, является изыскание средств, но без определенного государственного или другого происхождения фонда, самое это изыскание крайне затрудняется.

Обрисованное фактическое положение дела и намеченные задачи касаются и городов, и прочих местностей. Хотя диспансеризация, как мы видим, только еще намечается, но уже выясняются признаки ее успеха, как осуществление в основном намеченных в прежние годы задач (организационное оформление медико-санитарной сети, ее рост по производственному плану, улучшение качества обслуживания и проч.). Мы должны начать практическое проведение в жизнь системы, которую считаем наиболее отвечающей нуждам трудящихся и смыслу советского здравоохранения. Поэтому нашим лозунгом на ближайший период являются:

1. Организация учета деятельности и ее результатов во всех учреждениях.

2. Строительство новых и благоустройство существующих учреждений.

3. Создание кадра социально-гигиенически подготовленного квалифицированного персонала.

Выполняя вместе с организацией и ростом некоторых видов помощи приведенные задачи—мы будем осуществлять диспансеризацию, наиболее рациональную из известных форм оздоровления трудящихся.

Теоретическая и экспериментальная медицина.

О результатах параллельной постановки по Бордэ-Вассерману и количественному методу Каупа.

(Из серодиагностического отдел. Белорусского Государственного Санитарно-Бактериологического Института—Минск).

Проф. Б. Я. Эльберт и В. М. Геркес.

Среди методов серодиагностики сифилиса особого внимания и проверки заслуживает разработанная Каупом модификация реакции Вассермана, основанная на точном количественном определении минимальной растворяющей дозы комплемента.

Несомненно, основной недостаток р. Вассермана, в ее оригинальной методике, приводящей к тому, что неоднократно одна и та же сыворотка в руках различных серологов дает разноименные результаты, заключается в неточной титрации комплемента. В виду того, что комплемент связывается не только комплексом: антиген плюс сыворотка, но в значительной степени иногда одной только сывороткой, количество комплемента, инактивируемого смесью антигена и сыворотки, колеблется в довольно широких пределах. Одни сыворотки обладают антикомплементарными свойствами в незначительной степени, другие, наоборот, извлекают почти весь комплемент и дают задержку гемолиза в контрольной пробирке—самозадержка. Между этими пределами имеется ряд переходов, с большим или меньшим поглощением комплемента одной испытуемой сывороткой. Таким образом, если не учитывать каждый раз, для каждой сыворотки в отдельности, это обстоятельство, то при определении окончательного результата реакции, останется неясным, произошло ли связывание активного комплемента или же положительный эффект реакции должен быть отнесен за счет антикомплементарных свойств сыворотки и антигена.

Непостоянство результатов реакции Вассермана отмечено многими авторами (Freúdenberg, Blumenthal и Herž, Eicke, Heller, Meirowski и др.). Это в значительной мере обесценивает весь метод и заставляет с одной стороны—клиницистов и с другой — серологов вносить определенные поправки для уточнения техники реакции. Как в Германии, так и в Союзе в последнее время разработаны были инструкции для проведения р. Вассермана по единообразной методике. Что касается германской инструкции 1919 года, то она не удовлетворяет большинства серологов, и изменение ее является вопросом ближайшего будущего. Справедливость требует отметить, что и инструкция, принятая нами в 1925 году в Москве и Харькове, правда, очень выгодно отличающаяся от немецкой, тем не менее далека еще от того

идеала, который может быть достигнут в рамках метода Бордэ-Вассермана. Едва прошел один год со времени принятия инструкции, как на следующем с'езде бактериологов, были представлены материалы (Беньяш и Френкель) результатов серодиагностики сифилиса при помощи двух параллельных методов: инструкция 1925 года к производству р. Вассермана и модификация последней по Кауп-Грецу. Из данных, полученных Беньяш и Френкель, вытекает, что инструкция 1925 г. нуждается в ряде коррективов, так как „при практическом испытании метода, предлагаемого инструкцией 1925 г., выявляется недостаточная его чувствительность и согласованность результатов реакции с различными антигенами и сравнительная частота задержки гемолиза в контролях сыворотки" (Беньяш и Френкель).

В связи с колебаниями результатов реакции Вассермана, сам автор метода, Вассерман, предложил, как известно, перейти к оценке только резко реагирующих сывороток: отрицательный или резко-положительный результат; в случаях с неполной задержкой гемолиза (от + до +++) обозначать результат реакции, как сомнительный. Конечно, благодаря такому искусственному приему, можно достигнуть большего соответствия в результатах, но одновременно весь метод в целом, его практическое значение, были-бы наполовину обесценены, ибо вне сферы реакции остались бы многие случаи сифилиса, в тех стадиях болезни, когда сыворотка с антигеном реагируют неполным связыванием комплемента. За счет большего единообразия реакция незаслуженно потеряла бы возможность серологическим методом выявлять значительное число случаев сифилиса.

Более согласованные результаты реакции Вассермана при исследовании сывороток, ослабление колебаний результатов, может быть, однако, достигнуто более точным вытитровыванием потребных доз ингредиентов, в особенности, количества комплемента. Далее, как показали наблюдения Якобсталя, немаловажное значение имеют температурные условия, в которых протекает первая фаза реакции: в том случае, когда первая фаза реакции проводится при температуре, ниже 37° напр., комнатной, выявляется большее число положительно реагирующих сывороток. Наблюдение Якобсталя, получившее подтверждение в дальнейшем, было практически применено Грецом в том виде, что связывание комплемента проводится им при повышающейся уступами t-ре, начиная с +6°. Создаются условия максимально благоприятствующие наиболее полной абсорбции комплемента сывороткой и антигеном. Разработанная Каупом (с модификацией Грэца) методика серодиагностики сифилиса заключается именно в том, что на основе общего принципа реакции Бордэ-Вассермана дается точный способ дозирования комплемента, определение дозы активного комплемента, при соблюдении оптимальных для реакции температурных условий.

В результате проверочных работ целого ряда авторов Blank, Беньяш и Френкель, Engelhardt, Gross, Langer, Kaup и его сотрудников и друг., метод Каупа этими исследователями признается превосходящим по своей специфичности и резкости оригинальный способ Вассермана, а также и все его прежние модификации.

Также уступает методу Каупа, по данным Ruge, известная модификация Marg. Stern, в виду того, что при ней наблюдаются неспецифические результаты, которых Ruge по методу Каупа не имел ни разу. Далее горячим сторонником способа Каупа является Zeissler.

Он считает, что модифицированный по Грецу метод Каупа является наиболее точным и приемлемым способом постановки реакции связывания комплемента.

В количественном методе Каупа р. св. комплемента по Zeissler'y, получила свое техническое завершение, достигла предела усовершенствования, какое вообще возможно при работе с обычными экстрактами.

От оригинального метода Вассермана и целого ряда его модификации (M. Stern, Baüer, Hecht и др.), которые характеризуются тем, что ингредиенты реакции берутся в одной только определенной дозе,—так называемые „количественные методы“ применяют постепенно падающие дозы—то экстракта (метод Sormani), то исследуемой сыворотки (метод Boas), то, наконец, комплемента (метод Кауп).

Исследования Каупа отрицают какие либо преимущества обычных методов, при которых, как известно, употребляется несколько антигенов. Не менее надежные результаты реакции получаются и с одним только экстрактом, когда точно прититрован к нему комплемент, чем, когда реакция проводится одновременно с многими (3—5)антигенами, но без точной установки количества активного комплемента.

Таким образом методика одного из перечисленных выше количественных способов—Каупа в общих чертах заключается в том, что постоянные дозы экстракта и сыворотки смешиваются с постепенно повышающимися количествами единиц комплемента, причем за единицу его принимается наименьшая активная доза, дающая гемолиз сенсибилизированных эритроцитов в условиях главного опыта. Для установки „единицы“ комплемента предварительно определяется то его количество, какое поглощается одним экстрактом, затем его доза, поглощаемая отрицательной сывороткой, и, в конце, доза комплемента, связанная с комплексом: антиген плюс отрицательная сыворотка. То наименьшее количество комплемента, остающееся после взаимодействия составных частей первой фазы реакции (комплемент плюс антиген плюс отрицательная сыворотка с задержкой комплемента умерен. степени) какое в дальнейшем способно гемолизировать сенсибилизированные эритроциты и представляет собой его активную единицу. Чем больше в исследуемых сыворотках люэтических антител, тем значительнее будет доза комплемента, инактивируемая при смешивании сывороток с антигеном. По количеству связанных единиц комплемента можно судить о силе реакции. Для этого исследуемые сыворотки смешиваются в главным опыте с антигеном и повышающимися дозами комплемента: 1, $1^1/_2$, 2, 3 и 4 единицы. В качестве контролей реакции служат три пробирки с экстрактом, нормальной сывороткой и комплементом взятом в количестве одной, полуторы и двух его единиц. Итак, каждая сыворотка по методу Каупа исследуется в 8-ми пробирках, из которых 3 пробирки—контрольные. Третьей, четвертой и пятой пробирке опыта соответствуют шестая, седьмая и восьмая пробирки контрольного ряда, содержащие 2, resp. $1\frac{1}{2}$ resp. 1 единицы комплемента. В трех контролях обычно получается гемолиз. Иногда же в пробирке 8-й с одной единицей комплемента, еще реже в 7-й с полутора единицей комплемента отмечается задержка гемолиза, что учитывается при определении степени гемолиза в пробирках опыта. При отрицательном результате реакции во всех пробирках опыта и контроля имеется гемолиз или же 5-я resp. 4-я и 5-я и соответственно 8-я resp. 7-я и 8-я пробирки дают в одинаковой степени задержку.

В сыворотках, реагирующих резко-положительно, получается полная задержка гемолиза во всех пяти пробирках опыта (с 4, 3, 2, $1^1/_2$ и 1 единицы комплемента).

В приводимой ниже таблице дается схема оценки результата постановки реакции по методу Каупа.

№№ пробирок	Количество единиц комплемента	Отрицательные результаты			Слабо-положительные результаты		Положительные результаты		Ясно-выраж. положит. результаты		Резко-положительные результаты	Неопредел. результат
1	4	O	O	O	O	O	O	O	O	++++ ●	++++ ●	++++ ●
2	3	O	O	O	O	O	++++ ●	O	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●
3	2	O	O	O	O	++ ◒	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●
4	1½	O	O	++ ◒	O	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●
5	1	O	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●	++++ ●
6	2	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	++++ ●
7	1½	O	O	++ ◒	O	O	O	O	O	O	O	++++ ●
8	1	O	++++ ●	++++ ●	O	++++ ●	++++ ●	O	O	++++ ●	O	++++ ●
					1 и 1½ един. комплемента		2 единицы комплемента		3 единицы комплемента		4 един. компл.	
			(—)		(+)		(++)		(+++)		(++++)	

O—гемолиз

++ ◒—неполная задержка

++++ ●—задержка гемолиза

Для упрощения оценки результатов мы различаем только три степени: отрицательная, слабо-положительная (1, 1½ и 2 единицы связанного комплем.) и положительная (3 и 4 единицы св. компл.)

Методика реакции связывания комплемента по Каупу (с модификацией Греца) состоит таким образом в нижеследующем.

Титрование комплемента.

Комплемент, т. е. его минимальная растворяющая доза, титруется: 1) сам по себе, 2) в смеси с экстрактом, 3) в смеси с отрицательной сывороткой и 4) в смеси с экстрактом и отриц. сывороткой. Эритроциты барана для опыта употребляются в 3% взвеси, гемол. амбоцептср берется в 4-5-ти кратной дозе, комплемент смешивался от 3-4-х м. свинок; каждый ингредиент реакции в об'еме 0,25 к. с.

	Первая фаза реакции						Втор. фаза	
	№№ проб.	Компл. 1:10	Nacl	Норм. сыв.	Экстракт развед. по титру		3% взвесь сенсиб шариков	Результат
Комплемент сам по себе	1	0,2	0.55	—	—	1-ая фаза реакции протекает: $\frac{1}{2}$ часа при t° 6°, $\frac{1}{2}$ часа при t° комнатной и $\frac{1}{2}$ часа при 37° C. 2-ая фаза реакции протекает при 37° C.	0,5	O
	2	0,15	0,6	—	—		„	O
	3	0,12	0,63	—	—		„	O
	4	0,1	0,65	—	—		„	O
	5	0.07	0.68	—	—		„	O
	6	0,06	0,69	—	—		„	O
	7	0.05	0,7	—	—		„	++
	8	0,04	0,71	—	—		„	◐ ++
	9	0,03	0,72	—	—		„	◐ ++
Комплемент в смеси с экстрактом	1	0.2	0,3	—	0,25		0.5	O
	2	0,15	0,35	—	„		„	O
	3	0.12	0.38	—	„		„	◐ ++
	4	0,1	0,4	—	„		„	◐ ++
	5	0,07	0,43	—	„		„	◐ ++
	6	0.06	0,44	—	„		„	◐ ++
	7	0.05	0,45	—	„		„	● ++++
	8	0.04	0.46	—	„		„	++++
	9	0.03	0.47	—	„		„	● ++++
Комплемент в смеси с отрицательной сывороткой	1	0,2	0.3	0,25	—		0.5	O
	2	0,15	0.35	„	—		„	O
	3	0.12	0.38	„	—		„	O
	4	0.1	0.4	„	—		„	O
	5	0,07	0.43	„	—		„	O
	6	0.06	0,44	„	—		„	◐ ++
	7	0,05	0,45	„	—		„	◐ ++
	8	0,04	0.46	„	—		„	◐ ++
	9	0,03	0,47	„	—		„	◐ ++
Комплемент в смеси с отрицательной сывороткой и экстрактом	1	0.2	0,05	0,25	0,25		0.5	O
	2	0.15	0,1	„	„		„	O
	3	0,12	0,13	„	„		„	O
	4	0.1	0.15	„	„		„	O
	5	0.07	0,18	„	„		„	◐ ++
	6	0,06	0,19	„	„		„	● ++++
	7	0,05	0,2	„	„		„	● ++++
	8	0,04	0,21	„	„		„	● ++++
	9	0,03	0.22	„	„		„	● ++++

Титрация антигена (спиртовая вытяжка из печени сифилитического плода) по Каупу производится по следующей схеме (Zeissler Die Technik d. Komplb.—Bruck's Serodiagnose d. Syphilis)

Общий об'ем 2,5 к. с.	0,1 к. с. положительно реагирующей сыворотки							0,1 к. с. отрицательной сыворотки						
3% шарики барана, сенсибилизиров 4 кр. дозой амбоцептора	Экстракт в дозах													
	0,1	0,05	0,025	0,012	0,006	0,003	0,001	0,1	0,05	0,025	0,012	0,006	0,003	0,001
1 ед. компл.	++++	++++	++++	++++	++++	O	O	O	O	O	O	O	O	O
1½ „ „	++++	++++	++++	++++	++++	O	O	O	O	O	O	O	O	O
2 „ „	++++	++++	++++	++++	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
3 „ „	++++	++++	++++	++	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Главный опыт. Сыворотка исследуемая берется по 0,1 к. с и дополняется 0,4 к с. физ. р. пов. соли; рабочая доза антигена— в об'еме 0,5 к. с. Na Cl; комплемента 4, 3, 2, 1½ и 1 единица, каждая также в об'еме 0,5 к. с.

Комплемент	Экстр.	Испыт. сывор.	Na cl		Сенсиб. шарики	РЕЗУЛЬТАТ: Полож.	Сл. пол.	Отриц.
4 единицы . .	0.5	0.1	0.4	1-я фаза полтора часа по Грецу 2-я фаза полчаса при 37°	1.0	++++	O	O
3 „ . .	0,5	0.1	0.4		1.0	++++	O	O
2 „ . .	0.5	0.1	0,4		1.0	++++	++++	O
1½ „ . .	0,5	0.1	0.4		1,0	++++	++++	O
1 „ . .	0,5	0.1	0.4		1.0	++++	++++	O
2 единицы . .	—	0.1	0.9		1.0	O	O	O
1½ „ . .	—	0,1	0,9		1,0	O	O	O
1 „ . .	—	0,1	0,9		1,0	O	O	O

Нами по количественному методу Каупа были исследованы в 1924 году 462 сыворотки. Одновременно эти сыворотки исследовались по Вассерману, согласно методике обычно применяемой нами до введения инструкции 1925 года.

Результаты реакции по обоим методам, Каупа и Вассермана, предоставлены следующими цифрами:

1. Одинаковые результаты:

положительные по RW и Каупу—116
слабо-положит. „ „ „ „ — 37
отрицательные „ „ „ „ —216

2. Результаты, отличающиеся резкостью:

положительные по RW и сл. полож. по Каупу— 4
слабо-положит. по RW и положит. по Каупу—32

3. Результаты неодинаковые:

положительные по RW и отриц. по Каупу— 0
слабо-положит. по RW и отриц. по Каупу— 2
отрицательные по RW и положит. по Каупу— 2
отрицательные по RW и слабо-положит. по Каупу—55

Из полученных нами данных мы можем таким образом сделать тот вывод, что метод Каупа выявляет значительно больше случаев, реагирующих связыванием комплемента с антигеном, чем это наблюдается по Вассерману. На небольшом, правда, материале мы имели в 18 проц. расхождения обоих методов, с большей чувствительностью метода Каупа. Вообще же расхождение по обоим методам в случаях: 1) отрицательных и 2) положительных (слабо-полож., полож. и резко-положит.) отмечено в 12,8 проц. (59 случаев).

Среди 59 случаев, давших расхождения по Каупу и Вассерману, в 31-м, как было выяснено анамнезом, дело шло о леченом люэсе, по RW получился отрицательный результат, по Каупу—слабо положительный. Эти данные, конечно, не могут вызвать недоумения, если мы вспомним, хотя-бы какой дозой комплемента пользовались до издания инструкции 1925 года.

Значительным препятствием к более широкому распространению метода Каупа у нас и за границей, несомненно, является его сложность, хотя преимущества способа не оспариваются. Действительно, при одновременной постановке большого числа сывороток по Каупу, исследование каждой пробы в 8 пробирках представляет ряд затруднений, причем главные—это потребность в большом количестве комплемента и продолжительности времени постановки.

Методика реакции, без ущерба для ее точности, может быть упрощена таким образом, что вместо 8 пробирок опыт проделывается всего лишь в четырех (или пяти); 1 пробирка контрольная (с 1 един. комплемента) и 3 пробирки опытных (с 1, $1^1/_2$ и 2 ед. комплемента). На возможность такого упрощения указывают Беньяш и Френкель, и мы можем с этими авторами, на основании наших наблюдений, вполне согласиться. Дело в том, что в громадном большинстве случаев, при точной установке единицы комплемента, мы не наблюдаем задержки в контролях даже с одной единицей. Поэтому можно ограничиться одной контрольной пробиркой, содержащей единицу комплемента. То же и по отношению к ряду пробирок опыта. Вместо

пяти пробирок с 4, 3, 2, $1^1/_2$, и 1 единицей достаточным являются 3 или maximum 4 пробирки. Все исследование таким образом проводится для каждой сыворотки всего в 5 пробирках, из коих одна контрольная (с 1 единицей комплемента). Это в значительной степени упрощает работу.

Метод Каупа несомненно заслуживает большего внимания, чем ему уделялось до сего времени. Весьма своевременным и целесообразным является проверка его на значительном материале наших лучших клинических учреждений.

Клинические наблюдения над реакцией скорости осаждения эритроцитов в гинекологии и акушерстве.

(Из Акушерско-Гинекологической клиники Б. Г. У. Директор клиники: проф. М. Л. Выдрин).

М. А. Пратусевич.

За последнее время получило широкое распространение определение скорости оседания эритроцитов при различных заболеваниях. Разнообразная скорость оседания эритроцитов была подмечена еще Галеном и его современниками, которые отмечали при кровопусканиях во время воспалительных заболеваний так называемых crustae phlogisticae, т. е. слой плазмы с лейкоцитами, образующийся на поверхности сгустка при ускоренном осаждении эритроцитов. Разрабатывался этот вопрос также в XVIII веке и только в 1916 г., когда шведский патолог Fåhraeus открыл, что в крови беременных женщин осаждение эритроцитов ускорено по сравнению с нормальной кровью, то вопросом этим снова заинтересовались. Наиболее широкую разработку эта реакция получила в акушерстве и гинекологии; при чем выяснилось, что ускоренное осаждение наблюдается не только во время беременности, но и в периоде menses. Fåhraeus составил таблицу скорости оседания соответствующей каждому месяцу беременности и установил, что при беременности ясное ускорение наступает только со 2-ой ее половины после 4-го месяца, т. е. когда она может быть установлена с точностью без специальных методов исследований. Далее целым рядом немецких авторов (Zenzen, Meger, Wichman, Geppert и др.) была установлена ее пригодность для клинических целей и теперь профессор Кипарский считает, что невозможно быть гинекологом не применяя реакцию оседания эритроцитов, ибо она является единственной в своем роде чувствительной реакцией на воспаление.

Вопрос о механизме реакции еще точно невыяснен. Было предложено много теорий, об'ясняющих SR многими* причинами. Наиболее принятая в настоящее время это гипотеза Fåhraeus'a, разработанная Linzenmeyr'ом. Теория эта основывается на данных коллоидной химии и электро-физики. Экспериментально доказано, что эритроциты обладают отрицательным электрическим зарядом. Благодаря этому заряду в силу взаимного отталкивания одинаково заряженных эритроцитов поддерживается нормально устойчивость их взвешивания в плазме. При усиленном распаде белков в организме в кровь поступают положительно заряженные вещества, абсорбируемые оболочкой эритроцитов; вследствие получаемого таким образом понижения или же полной нейтрализации заряда прекращается взаимное отталкивание эритроцитов,

---

* SR=Senkungs—Reaktion=реакция осаждения

то они начинают склеиваться в кучки и в силу уменьшения площади своей поверхности оседают скорее. Положительно заряженным веществом являются белки плазмы; наибольшим положительным свойством обладают глобулины, из которых главное влияние на исход реакции оказывает фибриноген. Экспериментально доказано, что при ускорении осаждения эритроцитов фибриноген всегда определяется в увеличенном количестве. Что касается методики, то пользуются в настоящее время либо техникой Westergren'a, сущность которой состоит в том, что отмечают высоту столбика плазмы в mm над осевшими эритроцитами в определенное время, т. е. в 1-2-3 часа и через 24 часа. Для этого берут 2,0 Record'овский шприц и набирают в него 3,8 проц. sol. Natri Citric. 1/5 об'ема, затем через прокол локтевой вены наполняют шприц целиком кровью и все содержимое опорожняют в пробирку, оттуда хорошо перемешанную кровь насасывают в цилиндрическую стеклянную пипетку длиной в 30 см. и диаметром в 2,5 mm. Пипетка градуирована снизу на протяжении 200 mm. Градуированная часть вмещает 1 к. с. Затем пипетку вертикально устанавливают в штативе, кончик ее придавливается стальной пружиной к резиновой пластинке. Постепенно красные кровяные шарики оседают, так что над ними появляется светлый слой плазмы.

По способу Linzenmeyer'a определяется только время в течение которого высота столбика плазмы над осевшими эритроцитами достигнет 18 mm., при этом пользуются маленькой трубочкой длиною 6,6 см. и просветом в 5 mm, техника при этом почти такая же, как и у Westergren'a, но уколом из вены берут только 0,8 к. с. крови и смешивают с 0,2—5 проц. раствором Natri Citrici. В нашей же клинике мы применяли микроаппарат Панченкова. Он состоит из деревянной стойки с металлическими зажимами и 5-ю капиллярами, дающими возможность одновременно производить исследование крови у пяти больных. Каждый капилляр длиной в 160 mm, внутренний диаметр 1 mm, от нижнего конца капилляра нанесены деления в mm на протяжении 100 mm и кроме того отметка *P.* и *K.* В капилляр до отметки *P* набирается 5 проц. водный раствор лимонно-кислого натра и весь опускается в часовое стеклышко и сейчас же этим капилляром из мякоти пальца после рассечения иглой Франка дважды набирается кровь до отметки на капилляре *K* и оба раза выпускается в часовое стеклышко и смешивают там с заранее выпущенным раствором Natri Citrici. Смешивание производится капилляром при набирании и выпускании крови, но так, чтобы не образовалось пузырьков воздуха. Таким образом получается смесь раствора с кровью в отношении 1:4. Эта смесь тем же капилляром без пузырьков воздуха набирается до отметки O и оставляется стоять в вертикальном положении в штативе в продолжение одного часа при комнатной t⁰.

С указанным аппаратом надо считать:

	N оседание эритроцитов от	6— 8	mm.	в 1	час.
Небольшое	— „ „ „	8—15	„	„ 1	„
Среднее	— „ „ „	15—30	„	„ 1	„
В. среднего	— „ „ „	30—40	„	„ 1	„
Выраженное	— „ „ „	40—50	„	„ 1	„
Резко выраженное	— „ „ „	50—60	„	„ 1	„

Выше 60 mm в 1 час.—очень резко выраженное.

При производстве этой реакции в нашей клинике мы произвели некоторые изменения; Sol. Natr. Citric. 5 проц. брали 25 mm—1 каплю, а кровь из пальца набирали капилляром до отметки *K* только один

раз, что составляет 4 капли, так что отношение было 1:4, но это было гораздо проще и удобнее для больных. Во избежание влияния пищеварения и времени дня на быстроту SR, хотя Zöhr считает их очень незначительным и не придает практического значения, мы все же старались у всех больных кровь брать в одно и то же время от 10-12 ч. дня и у всех после завтрака. У некоторых же больных кровь бралась как натощак и параллельно после завтрака, но разницы заметной не наблюдалось. Отмечались результаты высоты столбика плазмы через каждые 10 мин. в течение 1 часа. Учитывая чувствительность этой реакции мы тщательно исследовали этих больных не только с точки зрения половой сферы, но и других органов, ибо иначе мы не имели бы права приписать все наблюдаемые колебания SR гинекологическим заболеваниям. Трубочки перед употреблением тщательно промывались раствором лимонно-кислого натра, если же в силу какой либо погрешности происходило свертывание крови, то проба повторялась вновь. Всего было обследовано 279 больных, количество поставленных исследований 780.

Значительный контингент из обследованных нами больных составили лица с различными новообразованиями, при чем доброкачественных оказалось 56, а злокачественных 18. Из доброкачественных мы имеем следующее: I) фибромиом—21, из них субсерозные 6, субмукозные 6 и интерстициальных 9; II) кисты яичника—27 случ.; III) киста влагалища 1 сл.; IV) Papil vulvae—1 сл. и V) полипы матки—6 сл.

Из всех наблюдаемых больных с субсерозными фибромами SR у 4-х из них колебалась в пределах N, у одной скорость SR была 15 mm—1 час. (б-ная анемична). У б-ной П-ич (вр. жур. № 802) 33 mm—1 час, так как у нее одновременно была беременность 4-х месяцев. Во всех случаях интерстициальных фибром скорость SR колебалась от N, т. е. 5 mm до 18-mm в 1 час, только в одном случае б-ная Е. (вр. жур. № 1036 1926 г.) SR 34 mm—1 час, при чем во время операции было обнаружено помимо фибромы, graviditas extrauterina с образовавшейся уже haematocele retrouterina.

Те из больных, где SR была ускорена и доходила до 18 mm—1 час, как из анамнеза выяснилось, они в течение последних лет страдали меноррагиями. Из 6-ти submucos'ных фибром, у 5-ти скорость SR была выше среднего, т. е. от 15 до 30 mm в 1 час, а у одной 30 mm—1 час, где была рождающаяся фиброма во влагалище, опухоль некротизировалась и подвергалась гнилостному разложению. Итак, рассматривая результаты исследуемых б-ных с фибромиомами, приходим к следующим выводам: 1) что на быстроту SR влияет, главным образом, степень интенсивности и длительность кровопотерь при неосложненных опухолях; 2) комбинация с беременностью; 3) изменение в самой опухоли. Учитывая эти данные мы можем их использовать для дифференциального диагноза между фибромой неосложненной и беременностью, дающей повышение SR как это будет указано ниже. Некоторые авторы, как, например, Haselhorsf считает, что лишь небольшие миомы дают N SR, а более крупные сопровождаются заметным ускорением SR, наши данные, а также наблюдения д-ра Мандельштама это не подтверждают. Rumpf считает, что ускорение SR может зависеть при фибромиомах только от сопутствующих инфекций, или от анемии, являющейся следствием длительных небольших кровотечений. Schumacher и Vogel указывают, что если при фибромиомах t°—N, количество лейкоцитов увеличено, и SR ускорена, то почти всегда помимо опухоли имеются свежие воспалительные изменения; если t°—N и отсутствует лейкоцитоз, то ускорение SR говорит за дегенеративные

Обзорная таблица
продолжительности реакции оседания эритроцитов при гинекологических заболеваниях и в акушерстве.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНИ	Число случаев	SR в 1 час	Примечание
I. Доброкачеств. новообразования .	56	—	А. 2) Один случай дал 30 м.—1 ч., там была беременность 4-х мес.
А. 1) Фибромы интрамуральные .	9	5—18 мм	
2) „ субсерозные .	6	7—15 мм	А. 3) 30 м.—1 час. дала б-ная у которой была рождающаяся фиброма во влагалище, опухоль некротизировалась и подвергалась гнилостному разложению.
3) „ субмукозные .	6	15—30 мм	
а) полипы . .	6	8—15 мм	
B. Papilloma vulvae . . .	1	9 мм	
С. 1) Кисты яичника неосложнен.	17	8—15 мм	
2) „ осложн. перекруткой с раздраж. брюшины	6	30—45 мм	
3) „ осложнен. нагноением самой кисты или злокач. перерождением ее	4	45--69 мм	
4) влагалища . . .	1	19 мм	С. 4) У больной помимо кисты влагалища была беременность $2^1/_2$ месяцев.
II. Злокачеств. новообразования .	18	10—65 мм	
А. Операбильные . . .	10	10—40 мм	II А. 40 мм—1 час. дала б-ная, у которой кроме cr. colli uteri имелась беременность 4-х месяцев.
В. Неоперабильные . . .	8	31—61 мм	
III. Внематочные беременности .	20	5—67 мм	
1) Прогрессир. форма . .	1	10-15-22-27 мм	
2) Трубный аборт . . .	8	10—25 мм	
3) Трубный разрыв . .	8	11—35 мм	
4) Заматочная кровян. опухоль	3	50—69 мм	
IV. Маточные беременности . .	41	—	
1) Беремен. от 6—8 недель .	20	4—20 мм	
2) „ от 4—5 „ .	3	15—32 мм	
3) „ срочные роды .	10	38—56 мм	
4) Abortus incipiens . .	3	20—35 мм	
5) Abortus inkompletus . .	3	8—15 мм	
6) Missed abortion . . .	2	35—52 мм	
V. Endometritis	28	5—59 мм	
VI. Endocervicitis	5	—	
VII. Острые воспал. заболев. . . (parametritis, sactosalpinx, pelvenperitonitis)	42	40—69 мм	
VIII. Хроническ. воспал. придатков .	27	6—30 мм	
IX. Haematometra	2	11—12 мм	
X. Pyometra	1	47 мм	
XI. Prolapsus uteri, vagin et-rupturae perineu	39	7—59 мм	XI 59 мм. дала б-ная, у которой кроме prolapsis uteri имелась еще и malaria.

изменения опухоли. Трубыцин наблюдал N-SR при фибромиомах неосложненных и ускорение SR при воспалении и перекручивании опухоли. Наши наблюдения вполне подтверждают вышеизложенное.

6 сл. полипы матки дали незначительные ускорения SR 1 сл. Papillome vulw. дало N SR. Здесь, конечно, никаких выводов делать нельзя. Указания в литературе мною не найдены.

При кистах неосложненных серозных, псевдомуцинозных и дермоидных 17 сл. SR была в пределах N, или отмечалось небольшое повышение скорости SR, хотя и в нескольких случаях при операции были обнаружены хронические сальпингиты и перекрученные кисты, протекавшие с N-t°, перекрутка, повидимому, произошла много времени тому назад и не давала никаких клинических явлений, на основании которых могли-бы заранее диагностировать перекрутку ножки. При кистах же с перекрученной ножкой, протекавшие с раздражением брюшины, повышением t°, SR до операции была выше среднего от 30—45 mm—1 час, при чем у одной из них, где SR была 30 mm—1 час, обнаружено помимо кисты, беременность 2-х месяцев. У б-ной Г. (врач. журн. № 2232—1925 г.) SR—45 mm—1 час, кроме кисты также обнаружена беременность 2-х месяцев и t° b. c. pulmon, так что из этого мы можем заключить, что наибольшее повышение SR было связано другими причинами помимо самой кисты.

В случаях осложненных нагноением самой кисты или злокачественным перерождением ее, SR была резко ускорена, при чем параллельно обнаружен небольшой лейкоцитоз и субфебрильная t°. Следует отметить, что в некоторых случаях при N температуре воспалительные опухоли симулировали кисту, но SR была ускорена и при операции обнаружен sactosalpinx, из этого следует, что здесь единственным важным показателем истинного диагноза было SR. По данным Geppert'a, Schumacher'a и Теребинской, при неосложненных кистах SR не ускорена. Отличить кисту (особенно, если она припаяна к матке) от фибромы невозможно, так как оба вида опухолей дают N-SR, а ускорение как в том, так и в другом случае может быть обусловлено одинаковыми причинами 1 сл. кисты влагалища скорость SR—19 mm—1 час., в данном случае была беременность 2½ мес.

Распространяя свои наблюдения на больных с злокачественными новообразованиями, мы стремились с помощью SR найти верный путь к своевременной диагностике и лечению, но наши наблюдения, как будет ниже указано, заставили нас не переоценивать ее значение. Из общего количества больных с злокачественными новообразованиями (18 сл.) мы имеем размах колебаний SR от 10 до 65 mm—1 час, при чем неоперабильные (8 сл.) дали колебания от 31 до 61 mm в 1 час, t° у 4-х больных субфебрильная и одновременно наблюдался небольшой лейкоцитоз. У 2-х больных резко выраженная кахексия, а остальные на вид были довольно упитанные, t°-N, но всегда был небольшой лейкоцитоз. В одном случае одновременно с Cr. uteri была беременность 3-х месяцев SR 40 mm—1 час. В 2 случаях с рецидивами SR колебалась от 45 до 60 mm в 1 час. Из всех перечисленных больных с Cancer uteri пришлось установить при определении скорости SR. Следующий параллелизм: чем более распространен был процесс, чем больше вовлекался весь организм в страдание, чем сильнее была интоксикация и кахексия; тем быстрее шла SR. (Б-ная Б. врач. жур. № 1299—1925 г. резко выражена кахексия SR-63 mm—1 час) Б-ная Х. (врач. жур. 1703—1925 г.) хорошо упитанная особа SR—10 mm в 1 час. Cancer colli uteri обнаружен при биопсии и гистологическом

исследовании. При подозрении на Cr colli uteri, где после биопсии гистологически точно был установлен диагноз, то скорость SR у этих больных была небольшая, т. е. от 10—12 mm в 1 час. Такие наблюдения заставляют нас отказаться от мысли использовать скорость SR для ранней диагностики рака. Из всех операбильных (10 сл.) больных мы имеем SR от 10 до 40 mm в час, но в виду того, что среди неоперабильных случаев мы получали аналогичные колебания скорости SR и поэтому мы не считаем возможным на основании SR установить факт операбильности того или другого случая. Больные после операции по поводу Cancer'a сохраняли некоторое время ускоренное SR, которое в дальнейшем ускорялось, если у больных появлялись рецидивы. Трое больных явились к нам повторно для осмотра спустя 8—10 мес. после радикальной операции по Wertheim'y, но уже с рецидивами. Все же утверждать невозможность установить раннюю диагностику рецидива Cancer'a мы не могли, ибо больные ускользали после выхода из клиники из-под нашего наблюдения и являлись уже вторично тогда, когда рецидив обнаружен был клинически. Итак, наши наблюдения приводят нас к следующим выводам: 1) Все неоперабильные случаи дают ускоренную SR; чем сильнее интоксикация, тем скорость SR эритроцитов быстрее. 2) Ранняя диагностика Cancer'a на основании SR невозможна и 3) Ранняя диагностика рецидивов так-же исключается при наших условиях. По данным Мандельштама нет параллелизма между распространением опухоли или общей реакцией организма и быстротой SR. Что касается прогноза, то Мандельштам считает: 1) что после операции (по поводу рака) на почве медленного подчас заживления раны SR бывает долгое время ускоренной и 2) всякие случайные последующие заболевания могут ускорить SR даже при отсутствии рецидива. К аналогичным выводам приходит также Rumpf. Pewn'y считает возможным отличить доброкачественные опухоли от злокачественных, так как при I-ой SR не ускорена Gragert на большом материале наблюдаемым им подтверждает непригодность SR для определения операбильности случая, он же доказывает, что после операции скорость SR долгое время не возвращается к N (свыше года после операции остается повышенной), новое ускорение, при исключении других моментов, говорит за рецидив. Теребинская-Попова наблюдала ускоренное SR при Cancer Colli uteri и считает, что главной причиной этого является инфецирование раковых масс, ибо там, где не было гнойных белей, SR было медленнее. Наблюдения Мандельштама эти выводы не подтверждают, мы же бактериологических исследований выделений не делали, а потому воздерживаемся от выводов по данному вопросу. Д-р Мандельштам приходит к заключению, что при злокачественных новообразованиях SR дает нам не больше того, что дают остальные методы исследования.

При внематочных беременностях, которые нам пришлось наблюдать (20 сл.) скорость SR дало очень пеструю картину: от 5 до 67 mm в 1 час. Если мы разберем в отдельности все случаи, наблюдаемые нами, то отметим, что при прогрессирующих внематочных беременностях SR постепенно, но медленно ускоряется (1 сл.). Б-ная Б. (врач. жур. № 2.596 1925-26 год) находилась под наблюдением в клинике около 3-х недель. Диагноз: Graviditas extrauterina(?). Все данные анамнеза и об'ективного исследования только к концу 3-ей недели дали возможность поставить точный диагноз: Graviditas extrauterina SR при периодических исследованиях с небольшими промежутками дало следующие результаты: 10, 15, 22 и 27 mm в 1 час.

При трубных абортах (8 сл.) SR дало колебание от 10 до 25 mm в 1 час., при чем клинически наблюдая этих больных, мы можем отметить, что прогрессирующие местные явления при трубных абортах не соответствовали скорости SR, а именно: боли усиливались, t⁰ оставалась N, а скорость SR увеличивалась с каждым днем только на 1-3 mm в 1 час.

При трубных разрывах (8 сл.) SR колебалась от 11 до 35 mm в 1 час, при чем степень колебания зависила от состояния больной в момент доставления ее в клинику. Так, напр. б-ная С. (Врач. жур. № 861—1926 г.) доставлена в клинику через 6-7 час. после шока SR—35mm—1 час. Б-ная Л. (Врач. жур. № 110—1926 год.)—через час после шока SR—11mm —1 час. Б-ная М. (Врач. жур. № 804—1926 г.) через 3 час.—SR 14 mm—1 час. Что касается больных с Haematocele, то SR у них колебалась от 34 до 69 mm в 1 час, при чем можно отметить, что степень скорости SR зависило: 1) от величины кровяной опухоли и 2) от инфекции. Из них неинфецированных оказалось 2 случая, давшие 34 mm—1 час и 63 mm—1 час, где Haematocele доходило почти до пупка, t⁰—N, лейкоцитоза не было.

При инфецированных Haematocele, картина получается довольно неясная для точного диагноза. У таких больных явления pelveoperitonita высокая t⁰, жар, зноб и параллельно с этим резко выраженная SR 68-70 mm в 1 час, лейкоцитоз и только при пробной пункции в области заднего свода, где была обнаружена кровь поставлен точный диагноз. Сделана последующая задача кольпотомия и вставлен дренаж. Когда инфецированная кровяная жидкость вытекала, явления раздражения брюшины исчезали, то наряду с этим постепенно понижалась скорость SR, достигши у наш б-ной К. (врач. жур. № 2.513—1925 г.) 18mm—1 час через 10 недель. На основании вышеизложенного мы можем сказать, что на скорость SR влияют следующие факторы: 1) всасывание излившейся крови и продолжительность его; 2) раздражение брюшины и последующая инфекция; 3) всасывание продуктов жизнедеятельности яйца при еще сохранившейся беременности; 4) внутреннее кровотечение при внутреннем разрыве капсулы. Наиболее сильный действующий фактор—это всасывание излившейся крови, ибо он сопровождается наибольшим ускорением SR и при удалении или ослаблении этой причины заметно падает SR, как мы видим из случая б-ной К. Мандельштам указывает, что после прекращения последнего инсульта, спустя 3 недели скорость SR начинает приближаться к N. Более быстрое оседание эритроцитов говорит за инфекцию, на нашем материале мы это подтвердить не можем, ибо все больные, поступающие к нам с ясным диагнозом, подвергались операции. По Haselhorst'у, прогрессирующие внематочные беременности дают очень небольшие ускорения SR, что соответствует нашим данным. Geppert отмечает, что лишь при наличии кровоизлияний оседание эритроцитов происходит очень быстро, а Haemotocele retrouterina дает N SR, что наши данные не подтверждают. Molnar наблюдал в большинстве случаев нарушенной трубной беременности быстрое SR. По Rumpf'y при подозрении на внематочную беременность, относительно медленное повышение реакции говорит в пользу graviditas extrauterina и против воспалительного процесса, а инфецированные внематочные беременности и сальгиниты дают одинаковое ускорение SR, при заматочных кровяных опухолях быстрота SR такая же, как и при острых воспалениях придатков. Linzenmier говорит, что SR при внематочной беременности ускоряется, но особенной быстроты она достигает при острых внутренних кровотечениях, с чем

не соглашается Neuman, Изаксон и Теребинская-Попова, до некоторой степени и мы. Подведя итоги всех описанных случаев внематочных беременностей и сопоставляя данные других авторов, приходим к заключению, что во многих случаях SR имеет решающее значение при постановке диагноза, особенно важна эта реакция там, где решается вопрос: 1) о выборе момента операции (напр. при образовавшейся уже Haemotocele retrouterina; 2) когда решается вопрос о лапаротомии или кольпотомии. В этих случаях быстрая SR, одновременно небольшой лейкоцитоз указывает на присоединившуюся инфекцию и потому заставляет отказаться от laparatomi'и во избежание последующих осложнений.

Исследование SR коснулось у нас, хотя и в небольшом количестве (41 сл.) беременных. Из них 20 сл. беременные от 6 до 8 недель. Скорость SR колебалась у них от N до небольшого повышения, т. е. от 4 до 20 mm в 1 час, те больные, у которых SR оказалась ускоренной, то они были положены для искусственного аборта по поводу медицинских показаний (t.b.c. pulm.). Быстрее SR протекала у беременных 4-5 мес. (от 15 до 32 mm в 1 час) (3 сл.). При Abortus incipiens инфецированные (3 сл.) сопровождались повышением t⁰ и кровопотерей SR колебалась от 20 до 35 mm в 1 час. Abortus incompletus (3 сл.) t⁰ N SR от 8 до 15 mm в 1 час. Missed abortion (2 сл.) SR 35 и 52mm—1 час., при чем мы можем отметить, что у больной, где SR 52 mm в 1 час, t⁰ была субфебрильная и обильное продолжительное кровотечение. Что касается рожениц, то кровь была взята только у 10-ти б-ных. Скорость SR колебалась у них от 38 до 55 mm в 1 час, у всех SR проделывалась повторно в послеродовом периоде с промежутками через 2-3 дня. Те больные, у которых послеродовой период протекал гладко, то SR постепенно замедлялась, исключение составляет б-ная Д. (врач. жур. №834—1926 год), потерявшая во время родов большое количество крови, а потому в послеродовом периоде при N t⁰ SR была ускорена. У 2-х больных, где послеродовой период осложнился Mastit'ом и Pneumon'ей, скорость SR повысилась. На основании нашего небольшого клинического материала над беременными, мы можем сказать следующее: 1) что абсолютной ценности, в смысле диагноза беременности в ранние месяцы SR не дает, ибо 1-ые месяцы дают очень резкие колебания, зависящие большей частью от различных заболеваний, являющимися медицинскими показаниями для производства аборта, а в последующие месяцы мы уже имеем возможность сравнительно легко устанавливать срок беременности на основании клинических данных. Мандельштам указывает, что кровопотери, происходящие во время родов, а также небольшое кратковременное повышение t⁰, наблюдаемые в послеродовом периоде, не оказывают заметного влияния на скорость SR. Наши наблюдения, правда ограниченные, не согласуются с данными Мандельштама т. к. у нас колебания скорости SR бывают значительны, так, напр. до родов 46 mm — 1 час, а после родов при N t⁰ с большей потерей крови SR 77 mm—1 час.

Под нашим наблюдением находились также больные с Endometrit'ом (28 сл.). Скорость SR у них колебалась от N до резко выраженного, т. е. от 5 до 59 mm в 1 час, при чем всюду сказывалось влияние кровопотерь на скорость SR; чем продолжительнее и обильнее было кровотечение, тем быстрее была SR. У больной Д. (Врач. жур. № 2683—1926 г.) с эндометритом, сопровождавшийся небольшим кровотечением, обнаружен активный процесс в верхушках легких. SR 59 mm 1 час.

В тех случаях, где причина кровопотерь удалялась, кровотечения прекращались, то при повторных исследованиях крови, скорость SR понижалась (Б-ная П. Врач. жур. № 2643—1925 г. Extirpatio uteri). Мандельштам указывает, что в тех случаях эндометрита, где SR была значительно ускорена и отсутствовали заболевания со стороны других органов, то причина ускорения заключалась в наличии воспалительных заболеваний придатков, которые еще больше обострялись после производимых выскабливаний, а потому он рекомендует при выборе метода терапии (выскабливание или консервативное лечение), всегда производить SR, результаты которого имеют большое значение, указывая на присутствие латентной инфекции, ведущих к обострению процесса после активного вмешательства. Мы же на основании своих наблюдений приходим к выводу, что ускорение SR может зависить не только от латентной инфекции, но и от кровопотери, а потому принять нужно во внимание оба фактора в оценке скорости SR и соответственно выводам принимать то или другое лечение. В виду того, что большинство наших больных были одновременно одержимы и метритами, то делать отдельные выводы о скорости SR при метритах не представляется возможным. Мандельштам же указывает, что при всех хронических метритах скорость SR мало отличается от N, а если, где-либо она ускорялась, то это указывало на осложнение метритического процесса заболеванием других органов. Endocervicit'ы (5 сл.) почти все сопровождались эндометритами, а потому отдельных выводов здесь не делаем. По данным Мандельштама, при заболевании цервикального канала, в виду свободного оттока выделений, продолжительность SR в общем мало отличалась от N. Мы перечислили ряд заболеваний, где отмечали различные колебания скорости SR эритроцитов, однако, следует указать, что особенно чувствительной она наблюдалась при острых воспалительных заболеваниях и здесь действительно ее можно было использовать с дифференциальной диагностической целью.

При всех случаях, остро протекающих, воспалительных процессах, как-то: parametritis, sactosalpinx'ах, pelveoperit и salpingo-oophorit'ах. (42 сл.) скорости SR протекала очень быстро, т. е. от 40 до 69 mm в 1 час, кривая скорости оседания была очень крута: наибольший под'ем был обнаружен в первые 10 мин., доходя до 30—50 mm. Затем оседание шло медленно, доходя до 60—69 mm—1 час. Мы отмечали, что с затиханием воспалительного процесса скорость SR замедлялась, но точного соотношения не было, т. е. есть параллелизм, но нет пропорциональности.

В тяжелых случаях пиосальпинксов и параметритов скорость SR, несмотря на нормальную t° все еще в течение продолжительного времени была повышенной, напр. у б-ной Ж. (врач. жур. № 2320—1925 г.) 8-X SR 65 mm—1 час. t°—38,0; 17-X t°—N; SR 62 mm—1 час. 22-X t°—N; SR 60 mm—1 час. до доследнего дня выхода из клиники t° оставалась N-ной 1-XI SR 46 mm—1 час.; 5-XI 38 mm—1 час., инфильтрат постепенно уменьшался, самочувствие б-ной хорошее. Больная С. (врач. журн. № 2395—1926 г.). Диагноз—Parametritis—инфильтрат величиною с голову новорожденного t°-38,5. SR 50 mm—1 час., температура в течение $2^1/_2$ недель колебалась от 38° до 39,5° SR достигло 65—68 mm в 1 час, при чем в первые 10 мин. достигало 20-33 mm. С падением температуры, при общем удовлетворительном состоянии больной, SR еще долгое время была ускорена, достигнув N только через 5 мес. от начала заболевания.

Реакция осаждения эритроцитов выразилась в следующей кривой 63 mm 62, 60, 50, 48, 38, 20, 12 и 8 mm в 1 час. Инфильтрат оказался

величиною с небольшое куриное яйцо. Если же воспалительный процесс обострялся, то еще до появления выраженных клинических симптомов SR ускорялась и, таким образом, являлось ранним чувствительным показателем состояния организма больной. Так, например, б-ная С. (Врач. журн. 1560—1925 г.) поступила в клинику 14-X с жалобами на боли внизу живота и лихорадочное состояние, t°-37,5, SR 37 mm—1 час, 23-X SR 45 mm—1 час, при той-же температуре и уже на следующий день температура поднялась до 39°.

При всех воспалительных заболеваниях производилось исследование крови, при чем было обнаружено, что между скоростью SR и лейкоцитозом нет прямой зависимости: т. е. при SR 65 mm—1 час. лейкоцитов 12400, у другой б-ной SR 61 mm—1 час, лейкоцитов 20000. У больной Н. (Врач. жур. № 3320) SR 41 mm—1 час, лейкоцитов 19200; б-ная К. (Врач. журн. № 191) SR 59 mm—1 час, лейкоцитов 10.000. У некоторых больных при резко выраженной SR наблюдалась лейкопения, при чем прогноз их, как клинически выяснилось, был почти всегда плохой... Из этого нужно заключить, что такая разница между количеством лейкоцитов данных больных и скоростью SR зависит, повидимому, от локализации и распространенности процесса, давности его, характера инфекции и характера интоксикации, на которую белые кровяные шарики реагируют различно.

В под'острых и хронических процессах (27 сл.) SR колебалась от 6 до 30 mm в 1 час.

В дифференциально-диагностическом отношении скорость SR иногда нам оказывает большую услугу при постановке диагноза. С этим нас знакомит следующий случай: Больная С. (Врач. жур. № 2388—1925 г.) 33 лет, поступила в клинику с жалобами на острые боли внизу живота, появляющиеся периодически и кровянистые выделения. Последние регулы, по словам б-ной, 5 недель тому назад. Заболевание началось внезапно за 4 дня до поступления в клинику. t—36,8, лейкоцитоза нет, SR—13 mm, 1 час. При об'ективном исследовании обнаружено: матка слегка увеличена, справа утолщенная труба. На основании этих данных трудно было точно диагностировать, является ли утолщение правой трубы следствием сальпингита, или начавшегося трубного аборта. При повторных выполнениях пробы SR, на следующий день 35 mm—1 час, а затем 48 mm—1 час, суб'ективно никаких изменений, острые боли внизу живота, к вечеру t° 39°,—все явления острого воспалительнаго процесса. Итак, на основании данного случая, мы можем сказать, что SR послужило нам ранним симптомом для более точного диагноза еще до повышения t°. В некоторых случаях SR может быть использовано с целью контроля при терапевтических мероприятиях: так, например, б-ная Ф. (Врач. журн. № 2127—1925 г.) Perimetritis purulenta t° гектическая доходит до 40° SR 62 mm—1 час. 11-XI после пробной пункции сделана задняя кольпотомия, выпущен гнойный эксудат. 13-XI t°—37°, SR 33 mm—1 час; 25-XI SR, 30 mm—1 час, 10-XII 28 mm—1 час; 15-XII 38 mm—1 час, t° повысилась, обнаружена задержка выделений, снова вставлен дренаж и после свободного оттока выделений t°—N, SR 25 mm—1 час.

В двух случаях Haematometr'а скорость осаждения эритроцитов было 11 и 12 mm в 1 час, причем оба были обусловлены врожденной отрезной вагины, никаких воспалительных явлений не было. Pyometra (1 сл.) SR 47 mm 1 час. Гной из полости матки вытекал в небольшом количестве. Никаких выводов относительно этих случаев мы, конечно, дать не можем.

При Prolaps'ах uteri, вагины и ruptura perinei (39 сл.) почти у всех SR была N, исключение составили только те больные, у которых одновременно с этим заболеванием имелся какой-либо воспалительный процес хронического характера, страдали кровотечением, или каким либо другим заболеванием. Так, например, Б-ная G. (Врач. жур. № 344—1926 г.) скорость SR. 28 мм—1 час. страдает в течение последних 2-х лет меноррагией.—Prolap uteri. У б-ной К. (Врач журн. № 266—1926 г.) SR 59 мм.—1 час., одержима малярией, помимо своего гинекологического заболевания (Rectocele). 1 сл. Elephantiasis vulvae дал SR 12 мм—1 час. Чувствительность SR при выборе момента для операции подтверждается наблюдениями Geppert'a, Rumpf'a, Molnar'a, Бронниковой, Теребинской и др., которые при медленной SR не видали послеоперационных осложнений, при ускоренной же SR наблюдали нагноение брюшной раны, эксудаты и т. п. Из наших больных 3-е с хроническими воспалительными процессами подвергались операции; SR колебалась в пределах N, послеоперационный период протекал гладко, что вполне согласуется с литературными данными. Все больные оперировались под общим хлороформенным или смешанным наркозом (chloroform+oaether sulfur.), при чем обнаружено было, что SR на 2-й—3-й день после операции ускорялась и в неосложненных случаях она уже в конце недели начинала замедляться и если мы таких больных наблюдали в течение 3-х недель, то SR доходила почти до N. Б-ная Ч. (Врач. журн. № 319—1926 г.) Cystis ovarii et salpingitis chronica До операции SR—5 mm—1 час; 18/XI операция; 20/XI 32 mm—1 час; 26/XI 27 mm—1 час; 1/XII 23 mm—1 час; 4/XII—15-й день после операции выписывается здоровой SR 20 mm—1 час. Б-ная К. (Врач журн. № 1051—1926 г.) Tumor uteri. До операции SR 6 mm—1 час; 3-ий день 28 mm—1 час; 9 ый день 20 mm—1 час; 14-й день 7 mm—1 час. В тех случаях, когда операция производилась при явлениях раздражении брюшины с нормальной t° при ускоренной реакции SR, то уже начиная со 2-го дня скорость SR ступенеобразно замедлялась, так, наприм., б-ная С. (Врач. журн. № 2672—1926 г.) Диагноз (перекрученная киста на ножке, спаянная с брюшиной) до операции 26/X SR 45 mm—1 час; 27/X 39 mm; 29/X 37 mm; 1/XI 21 mm; 3/XI 20 mm и т. д. Послеоперационный период протекал гладко.

Те больные, у которых послеоперационный период протекал с каким либо осложнением, то наблюдавшееся у них ускорение SR со 2-го и 3-го дня после операции, постепенно повышалось и сопровождалось повышением t°, так, напр., у б-ной Б. (Врач. жур. № 2596) SR до операции 27 mm—1 час, на 3-й день 49 mm постепенно повышалась, достигая 53, 58, 57, 60 и 62 mm—1 час. Начиная с конца 4-ой недели скорость SR стала только постепенно понижаться, одновременно t° пала с рассасыванием инфильтрата в области клетчатки.

Итак, резюмируя кратко наши наблюдения, мы можем сказать следующее:

I. При фибромиомах SR может оставаться в пределах N, ее ускорение может быть в зависимости от: 1) кровотечений, 2) изменений в самой опухоли (дегенерации), 3) комбинация с беременностью, 4) наличие Haematocele retrouterina при graviditas extrauterin, или каких либо воспалительных процессов.

II. Ранняя диагностика Cancer'a на основании SR невозможна и ранняя диагностика рецедивов также исключается при наших условиях.

III. Операбильные недалеко зашедшие формы Cancer'a дают SR в пределах N, или с незначительным ускорением.

IV. Все неоперабильные случаи Cancer'a дают ускоренную SR, которая тем выше, чем сильнее интоксикация.

V. Прогрессирующие трубные беременности и трубные аборты дают умеренные ускорения SR, которая значительно повышается в связи с образованием haematocele и еще более с последующим присоединением инфекции, а потому SR может быть использована в смысле дифференциальной диагностики, так и при выборе метода операции (лапаратомии или кольпотомии).

VI. В некоторых случаях SR может быть использована для контроля проводимых терапевтических мероприятий: с улучшением местного процесса SR замедляется, с ухудшением ускоряется.

VII. Скорость SR проявляет особенную чувствительность при острых воспалительных заболеваниях, она чувствительнее температурной и лейкоцитарной реакции.

VIII. Между числом лейкоцитов и t°—с одной стороны и скоростью SR—с другой, имеется определенный параллелизм, причем SR является более чувствительным показателем, чем t° и число лейкоцитов.

IX. Скорость SR не может обладать абсолютной ценностью в смысле диагноза беременности.

X. Скорость SR эритроцитов может быть использована с прогностической целью: ее ускорение до операции говорит за возможность послеоперационного осложнения, а отсутствие ускорения SR за благоприятный послеоперационный исход.

XI. В послеоперационном периоде скорость SR повышается, но уже спустя 3 недели постепенно приходит к N.

В заключение приношу свою благодарность проф. М. Л. Выдрину за предложенную мне тему и за руководство в работе.

Крысы и мыши и меры борьбы с ними.

(Опытная станция борьбы с вредителями. Нар. Ком. Земледел. Директор проф. Е. В. Яцентковский).

Е. Г. Яцентковская-Потаюк.

В каждом здании имеются крысы и мыши в самых разнообразных соотношениях. Они наносят неисчислимые убытки во всех отраслях сельского хозяйства, промышленности и торговли и тем самым подрывают благосостояние страны. Являясь бациллоносителями таких болезней, как тиф, желтуха, трипонозома, проказа, парша, чума и др., живя в тесном соседстве с человеком и с домашними животными, они, естественно, служат источниками распространения этих болезней. Эти заболевания передаются через пищу и продукты, с которыми соприкасались мыши или крысы. Кроме того, укус последних влечет за собой специфическое заболевание, так называемую „садоку". Восприимчивые к яду бешенства, они могут заражать домашних животных.

Из сказанного видно, что это „соседство" не несет с собой ничего хорошего. А если вспомнить поразительную способность этих зверьков к размножению, когда одна пара может в год произвести по минимальным подсчетам 130 себе подобных, при чем мышенок через три недели после рождения уже устраивает свою семью, то вопрос о серьезной опасности благосостоянию страны и народному здоровью становится очевидным.

Как же относится население к этому „соседству"? В единичных случаях, как к нормальному явлению, успокаиваясь соображением „много ли с'ест малый зверюшка", в большинстве же случаев человек чувствует свою беспомощность перед этими вредителями: „травишь, травишь, а смотришь через месяц снова эта напасть грызет". Если вспомним наследие старого—неспособность к массовым общественным выступлениям, если примем во внимание, что многие стороны борьбы с грызунами, их биология остаются для нас темными, то придем к заключению, что этот страх находит некоторое оправдание. Чем энергичнее мы будем бороться с указанными недочетами, тем скорее мы поставим дело на правильный путь.

Перейдем к рассмотрению методов.

Химический метод.

При проведении борьбы этим методом наталкиваешься на целый ряд отрицательных его свойств: погибают только те грызуны, которые с'едают ядовитую приманку; последняя же, вследствие запаха и, вероятно, вкуса отпугивает зверьков, и они, в виду угрожающей опасности, покидают в полном здравии места, где проводится борьба. К тому же, у крыс нечувствительность к ядам под влиянием поедания малых

доз их появляется довольно быстро, и, таким образом, применение ядов сводится на-нет. Кроме того, работа с ядами чревата последствиями. К нему относятся с большой осторожностью. Это вызвано печальными фактами жизни, именно, случаями отравления и гибели домашних животных и даже человека. Пишущей эти строки неоднократно приходилось видеть рабочих, участвовавших в борьбе с саранчой, со слезящимися глазами, опухшими веками, из'явлениями на руках и пр. Расстройство же функций пищеварительного аппарата еще более обычное явление. Рабочий, соприкосаясь с ядами, не следит за чистотой рук, посуды и пр. и незаметно для самого себя отравляется.

Яды применяются или в виде растворов или в виде порошков. В первом случае водяная пыльца, во втором—распыл—вызывают соответствующие расстройства или раздражения.

Бактериологический метод.

Это тот путь, на котором мы в сравнительно недалеком прошлом вступили в поисках мер борьбы с нашими домашними врагами. Противники его указывают на следующие его отрицательные свойства:

1) опасность для человека и домашних животных,

2) высокая стоимость,

3) необходимость ведения работ специальным персоналом,

4) несостоятельность бактериального метода на основании применения Ратини II и Мурина в борьбе с мышами и крысами.

Первый пункт — опасность для человека и домашних животных, имеет в своем основании страх обывателя перед бактериями. Утверждению этого „страха" немало способствуют и работы, подобные санитарному очерку д-ра Левинсона („Бактериальный метод истребления грызунов").

Размеры настоящей статьи, к сожалению, не позволяют остановиться на всех искажениях, допущенных в этом очерке, но такой факт, что бацилл Мережковского указанный автор относит к группе B. Enteritidis Gärtner'a не может быть обойден молчанием. Биохимические свойства этого бацилла, не изменившиеся в течение 30 лет работ с ним, указывают на постоянство отличительных признаков его от б-л enteritidiš Gärtner'a; кроме того еще в 1918 г. Эберт указал, что и по серологическим реакциям последний не тождествен с б. Мережковским. Это д-ру Левинсону должно было бы быть известно, так как у проф. Мережковского, работающего над своим бациллом с 1893 г., есть печатные труды, значительно освещающие пути искания способов борьбы с мышами и крысами. Однако, д-р Левинсон не останавливается на этих работах, а в литературном указателе он даже не приводит ни одной из них. И вот этот „страх" перед бактериями доказывает, насколько мы не критически относимся ко всему преподносимому нам и служит характерным выражением неуменья даже высоко культурных слоев населения разбираться в полезных и опасных для нас силах природы. Бацилл Даниша и Мережковского, конечно, при условии чистоты культуры, является абсолютно безопасным для человека и животных. Это выяснено не только прямыми опытами, но и теми многочисленными случаями, которые наблюдались во время применения этих бацилл для массовой борьбы.

Вопрос о высокой стоимости вызван тем, что изготовлением бактериальных культур занимались лаборатории, заинтересованные в получении возможно большого процента прибыли. Это должно

быть изжито. Там, где страдает дело народного здоровья, вопрос должен разрешаться по линии самоокупаемости.

Вопрос о ведении работ специальным персоналом. Всякое дело может развиваться в широком масштабе только при условии накоплениия кадра специалистов. В этом отношении бактериальный метод заставляет желать многого. В то время, как по химическому методу существует ряд лабораторий с многочисленными сотрудниками, по с.-х. бактериологии специалисты исчисляются единицами, а соответствующих специальных лабораторий не существует. Вопрос о необходимости на местах борьбы специального персонала разрешается на общих основаниях, т. е. приглашением технического персонала для инструктирования населения.

Четвертый пункт о несостоятельности бактериального метода, на основании применения Ратина II и Мурина. Еще в 1909 г. исследованиями Мережковского и Зарина установлено, что Ратин II никакого отношения к бактериальному методу не имеет: он представляет из себя вытяжку морского лука. В 1915 г. Зариным это было тоже установлено в отношении Мурина.

Естественно, что от применения этих препаратов ни эпизоотии, ни полного истребления грызунов невозможно было ожидать. Больше, случаи отравления людей и домашних животных могут только дискредитировать бактериальний метод. Этому же способствуют и авторы, рекомендующие для усиления вирулентности б. Danysz'а применять одновременно с крысеубивающим бациллом и b. pratens vulgaris, который, по указанию самих авторов, немалую роль играет в этнологии энтерита у детей и энтероколита у взрослых. (Короткова и Шеришорина. Усиление вирулентности б. Danysz'а). Успех бактериального метода обеспечен при условии пользования определенными штампами бактерий испытанной вирулентности.

В настоящее время, когда еще слышится „нам не надо исследований, нам нужны практические мероприятия", мы обращаемся к бактериальному методу, который именно в результате научных исследований получает права гражданства.

Метод борьбы должен удовлетворять следующим основным требованиям:

1) применяемый бацилл должен быть безопасен для человека и домашних животных,

2) вирулентен для мышей и крыс

3) и способен распространять заразу per contactum.

На основании научных исследований и результатов борьбы (Израильский, Мережковский, Яцентковская-Потаюк, Успенский, Яцентковский и др.) мы останавливаемся на бб. Danysz'е и Мережковского, как отвечающем всем вышеуказанным требованиям.

Перейдем к рассмотрению характерных свойств названных бактерий. Бациллы Danysz'а и Мережковского были приблизительно одновременно выделены их авторами, именно, в 1893 г. Первый из павшей полевки и в 1900-м году особым методом был усилен в отношении крыс. Второй из сусликов и оказался вирулентным для мышей.

Б. Danysz'а и б. Мережковского относятся к семейству Typhaceae к группе Josarceae. Внешний вид их—короткие палочки, величина варьирует в зависимости от среды, на которой культивируются, снабжены жгутиками, подвижны, спор не образуют.

Биохимические особенности:

НАИМЕНОВАНИЕ БАЦИЛЛ	Наименование среды					Окраска по Грамму
	Нормальный бульон	Молоко	Нормальный желатин	Агар с виногр. сахар.	Агар на воде	
Б. Danysz'a	Пленка отсутствует.	Не створаживает	Не разжижает	Бродит с винным сахаром.	Фуксина не восстанавливает.	Грамм отрицательные палочки
Б. Мережковского	Пленка в виде папиросной бумаги, легко опадающая.	„ „	„ „	Не бродит с винным сахаром.	„ „	„ „

По серологическим свойствам, согласно данным Эберта, б. Danysz'a не отличим от b. Enderitidis Gärtner'a, а б. Мережковского стоит ближе к b. typhi abdominalis на основании отношения его к сахарам, а в отношении вирулентности для мышей ближе к b. Enteritidis Gärtner'a Превалирующими изменениями в органах у крыс, павших от действия б. Danysz'a является гиперемия сосудов кишечника, часто кровоизлияние; селезенка, печень увеличенные, темные.

От действия б. Мережковского в отношении селезенки и печени изменения однородны, гиперемии сосудов не наблюдается, но наблюдается присутствие желчи в кишечнике.

В деле борьбы бактериальным методом абсолютно важным является среда, на которой патогенные свойства микроорганизмов не понижались. Трудами проф. Мережковского эта среда найдена.

Вирулентность мыше-и-крысоубивающих бацилл поддерживается пересевами 1-2 раза в месяц в 10 проц. отваре куриного белка.

Способ приготовления последнего:

1) куриное яйцо варится вкрутую,
2) тщательно отделяется белок от желтка,
3) измельчается ножом или лучше в машинке для шоколада и миндаля,
4) взвешивается,
5) ссыпается в колбу, в которую
6) наливается обыкновенная питьевая вода с расчетом 10 : 100, т. е. берется 10 проц. куриного белка,
7) закрывается ватной пробкой,
8) выдерживается в автоклаве при 1-й атмосфере 5 мин.,
9) отвар фильтруется,
10) разливается по пробиркам.

Полученная среда или прозрачна, или слегка опалесцирует. Применяя 10 проц. отвар белка для поддержания вирулентности, мы можем быть гарантированы от замены этих бактерий другими болезнетворными, что наблюдается при усилении вирулентности б. Danysz'a пассажами через крыс.

Для заражения небольших площадей культура можем быть заготовлена в колбе. В случаях-же необходимости пересылки культуры рекомендуются делать банки из белой жести; последние с заготовленной культурой закрываются ватной пробкой, которая срезывается на уровне отверстия горлышка, стерильным пинцетом продвигается слегка внутрь, закрывается куском жести и запаивается тинолом. Все это производится при соблюдении всех правил стерильности. Для заготовления культур обыкновенно пользуются мясо-пептонным бульоном. Способ приготовления:

1) Берется 500 гр. говяжьего, без жира и костей, тщательно измельченного (через мясорубку) мяса,

2) наливается двойным количеством воды,

3) оставляется в прохладном месте,

4) через сутки переваривается в течение одного часа,

5) доливается до первоначального об'ема,

6) прибавляется 1 проц. пептона и 0,5 проц. поваренной соли,

7) выдерживается в стерилизаторе до появления хлопьев (15—20 м)

8) приливается 10 проц. раствора соды (до получения слабо щелочной реакции),

9) выдерживается в автоклаве 5 мин. при одной атмосфере.

В последнее время с большим успехом применяется бульон, приготовленный по способу Кронтовского и Бронштейна:

1) kl. говяжьего мяса, 400 гр. свиных желудков, 10 литров 1 проц. раствора соляной кислоты перевариваются в термостате при 37°,

2) через 48 часов указанная жидкость, подщелоченная едким натром, фильтруется.

Полученная таким образом жидкость представляет из себя пептонный раствор, к которому:

3) прибавляется мясной отвар (kl. мяса, настоенный в 10 литрах воды, через сутки вываренный в течение часа) и подщелоченный 10 проц. раствора соды с прибавлением 0,5 проц. поваренной соли,

4) полученный бульон выдерживается в автоклаве при 1 atm. 5 минут.

Бульон для массовой борьбы по охлаждении заражают определенными штаммами соответствующих бактерий и ставят на сутки в термостат при 37°.

Бульон может быть заготовлен заранее и только накануне отправки на место борьбы заражают его культурой б. Danysz'a или б. Мережковского. На один литр бульона вливается 5 ст. культуры.

За сутки до заражения среды для борьбы рекомендуется обновлять имеющуюся культуру на белковом отваре в мясо-пептонный бульон, одна 2-х мм. петля на 5 ст. бульона.

Техника заготовления теста и борьба.

1) На тщательно вымытый стол вымытыми руками (крысы очень чувствительны к запаху) посыпают двойное в отношении имеющиеся культуры количество ржаной муки горкой, делают посредине углубление и выливают постепенно, беспрерывно замешивая, хорошо встряхнутую культуру;

2) вымешивают однородное, довольно густое тесто;

3) затем выкатывают в виде колбасок и

4) отрывая шарик величиной с мелкий орех (для мышей) или с грецкий орех (для крыс) бросают в норы; если же нор не видно, то тесто булочками в 1-2 фунта раскладывают в районах появления этих зверьков;

5) в складах шарики кладут между мешками, тюками и пр.;

6) заражение производится вечером перед наступлением тишины;

7) кошек и собак в помещения не допускают, чтобы они, без вреда для себя, не уменьшили количества зараженного материала;

8) заплесневелые шарики не выносятся, так как они сохраняют в себе патогенные свойства;

9) в открытых местах зараженные куски необходимо оставлять под прикрытием, чтобы не размыло дождем;

10) температура помещений значения не имеет.

Заражение производится с расчетом 1 куб. сант. культуры для мышей и 5 куб. см. для крыс. При большой заселенности, которая определяется наличием нор, размерами причиняемых разрушений или количеством поедаемых продуктов и т. д. затрачивается для крыс 35—50 куб. сантиметров культуры на квадр. сажень или 50—100 кб. снт. на куб. саж.; для мышей в 5 раз меньше. При заражениях помоек, выгребных ям и пр. количество культуры увеличивается. При заражении жилых площадей в несколько этажей борьба проводится во всех этажах, при чем на верхний этаж затрачивается меньше, чем на нижний, который является постоянным обиталищем грызунов и местом проникновения новых пришельцев.

Заболевание начинается с 3—5 дней со дня заражения, а гибель в течение 2-х недель. Эпизоотия распространяется и на тех, кто не тронул зараженного теста, через вшей, от соприкосновения с испражнениями, через корм и пр. При заболевании грызуны выходят из нор и очень часто оставляют зараженный район, перенося с собой инфекцию в другие места. Там, где позволяют условия, трупы не выбрасываются, так как они служат источником инфекции. Ржаная мука с культурой привлекает грызунов даже в местах изобилующих с‘естными припасами. Контролем исчезновения мышей и крыс после бактериальой борьбы могут служить какие либо продукты: для крыс—свежая рыба, для мышей—сыр и пр.

В случае сохранения живых экземпляров, не ранее чем через месяц проводится опять заражение, но с значительно уменьшенным количеством культуры.

Основным правилом является применение истребительных мероприятий в возможно большом районе; обычно можно минимум на 1 год быть гарантированным от массового появления этих грызунов.

В районах проведения борьбы бактериальным методом никогда не наблюдалось заболеваний среди людей и домашних животных (Мережковский, Израильский, Успенский).

Заключение:

1. Б. Мережковского и б. Danysz‘a абсолютно безопасны для человека и домашних животных и высоко вирулентны: первая для мышей, вторая—для крыс.

2. Вирулентность указанных бацилл поддерживается непрерывными пересевами в 10 проц. отвар куриного белка.

3. Выращивание каких либо посторонних бактерий для усиления вирулентности названных бацилл излишне.

4. Борьба должна проводиться государственными учреждениями, охраняющими народное здоровье и благосостояние страны.

5. Борьба не должна преследовать извлечения прибыли. Самоокупаемость основное пожелание.

6. Борьба должна охватывать возможно широкие площади.

Литература.

1. Danysz. Annal de la Science agronomie V. I. 1893.

2. „ „ „ l'inst. Pasteur. V. 14. 1900.

3. Зарин. О Мурине. Тр. с.-х. бактериологической лаборатории Мин. Земл. 6, вып. 1, 1915 г.

4. Златогоров. Учение о микроорганизмах. Ч. III, 1918 г.

5. Израильский В. П. Современное состояние вопроса о бактериальном методе борьбы с грызунами. Сельское и Лесное Хозяйство № 13, 1924 г.

6. Коробкова и Шеришорина. Усиление вирулент. б. Danysz'a. Вестник Микр. и Эпид. 3 вып. 1924 г.

7. Kozai. The Bull. ot. the College of Agric. Tukyo. Imp. Univets. japen. V. IV № 5. March. 1918.

8. Левинсон Б. Я. Бактериологический метод истребления вредных грызунов. Москва 1925 г.

9. Мережковский С. С. Бацилл, выделенный из сусликов и пригодный для истребления мышей. Архив. ветеринар. наук март 1895 г.

10. Мережковский С. С. Опыт заражений мышей в амбарах и скирдах бациллом, выделенным из суслика. Там-же ноябрь 1896 г.

11. Мережковский С. С. Новая питательная среда, в которой бацилл Danysz'a не теряет своей вирулентности даже после очень продолжительных пересевов. Тр. с.-х. Бактериологическая Лаборатория Минск. Земледел. 3 выпуск 4—1911 г.

12. Мережковский. Способ заготовления посевного материала для массовых культур б. Danysz'a применяемый С.-х. Бактерлогич. Лаборат Минск. Земледел. 3 выпуск 5, 1911 г.

13. Мережковский С. С. Результаты скармливания серым крысам 1338—1482 генераций 1-й серии непрерывных пересевов б. Danysz'a в 10 проц. отваре куриного белка. Там-же 5, выпуск 6, 1914 г.

14. Мережковский С. С. Результат массового применения культуры б. Danysz'a для истребления крыс. Изд. Бакт. Лаб. 2-го Гос. Хим.-Фармац. Завода 1923 г.

15. Мережковский. Как устранить возможность возникновения несправедливых нареканий на бакт. метод борьбы с грызунами Тр. От. с.-х. Микробиологии 1926 г.

16. Мережковский и Зарин. О Ратине II. Тр. с.-х. бакт. лабор. Мин. Землед. I, вып., 1909 г.

17. Оболенский С. И. Борьба с крысами и домашними мышами. Стазра Ленинград. 1923 г.

18. Свириденко П. А. К вопросу о мерах борьбы с грызунами Тифлис. 1921 г.

19. Тимофеев. В. Журнал „Наука и Техника. Октябрь 1926 г.

20. Успенский Б. В. О практической ценности бактериального метода борьбы с крысами и мышами при правильном его применении. Тр. Отдела с.-х. микробиологии 1926 г.

21. Яцентковский Е. В. Паразиты—Труды Оп. Ст. борьбы с грызунами. Тифлис 1919 г.

22. Яцентковский Е. В. Техника бакт. работ. Там-же 1919 г.

23. Яцентковская-Потаюк Е. Г. Трупы, как передатчики инфекции. Мед. Мысль. Вып. 6—9. Минск, 1925 г.

24. Эберт. Труды с.-х. бакт. лабор. НКЗ Отд. Бакт. С.-х. Уч. Комитета 1918 г.

Клиническая медицина.

К клинике травматических повреждений спинного мозга при целости позвоночника.*

(Из Клиники нервных болезней БГУ и НКЗБел. Директор профессор М. Б. Кроль).

Е. А. Федорова и Е. Л. Майзельс.

Больной Кл—ов, крестьянин, 36 лет, поступил в клинику 29-I 1927 г. с жалобами на тугоподвижность шеи, паралич левой руки и на слабость в правой руке и левой ноге. Со стороны наследственности нужно отметить алкоголизм у отца больного. Сам больной тоже много пьет и курит.

Настоящее заболевание развилось 28 ноября 1926 г. Больной, будучи до того совершенно здоровым, немного выпил и возвращался с товарищами с мельницы. Желая закурить папиросу, он обернул вожжи вокруг левой руки. Лошадь вдруг понеслась, телега за что-то зацепилась, а лошадь рванулась и с передком телеги унеслась вперед, увлекая за собой больного. Больной упал и ударился спиной. Сознания не терял, почувствовал сильную боль в шее и затылке. Подняться без посторонней помощи не мог. Был поднят и доставлен в больницу. Левые конечности совершенно не действовали, в правых конечностях была слабость, голову держал наклоненной к груди, при разгибании чувствовал боль. Первые несколько дней была высокая температура. Была задержка мочи, длившаяся неделю и сменившаяся недержанием в течение 5 недель. В больнице пролежал 10 недель и оттуда был направлен в клинику.

St. pr.: Больной высокого роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания.

Позвоночник несколько мало подвижен в шейной части, безболезненен. Рентгеновские снимки как en face, так и в профиль не обнаружили никаких отклонений от нормы. Правая лопатка отстает от позвоночника. В области правой ягодицы следы бывшего пролежня.

Внутренние органы нормальны.

Черепно-мозговые нервы уклонений от нормы не представляют.

Двигательная сфера: Движения головы в стороны и назад несколько ограничены. В пределах возможных движений сила вполне достаточная. Левая верхняя конечность согнута в локтевом суставе. Пальцы разогнуты в основных фалангах и несколько согнуты в средних. В плечевом суставе активные движения почти невозможны, пассивные резко ограничены, особенно вверх. В локтевом суставе возможно некоторое сгибание, неполная супинация и пронация. Пассивное разгибание резко ограничено. В кистевом суставе активные движения очень незначительны. Пассивные движения также очень ограничены в связи с резкими суставными изменениями. Такие же суставные изменения отмечаются и в прочих суставах левой верхней конечности.

Справа—ограничение движений вверх в плечевом суставе, некоторая слабость pectoralis'a, сгибателей и мелких мышц кисти. При вытянутых вперед руках резко выступает слабость правого serratus anticus'a. В левой нижней конечности слабость сгибателей и разгибателей бедра и сгибателей голени. Стопа свисает. Движения стопы вверх и в стороны ограничены. В правой нижней конечности об'ем движений и сила достаточны.

Некоторая гипертония сгибателей верхних конечностей особенно слева и разгибателей нижних конечностей.

Резкая атрофия мышц левой лопатки, левых deltoideus'a, pectoralis'a и biceps'a. Более диффузное похудание остальных мышц левой верхней конечности.

При исследовании электровозбудимости обнаружена полная реакция перерождения в лев. infraspinatus'e, в biceps'e, deltoideus'e и pectoralis'e, частичная реакция перерождения. В остальных мышцах, в частности, в мелких мышцах кисти, а также правом serratus'e реакции перерождения нет, имеется только количественное понижение электровозбудимости, но сокращения живые.

Чувствительность. Тактильная и глубокая чувствительность сохранены. Справа, начиная с d_3 до низу понижение болевой и температурной чувствительности

---

* Демонстрация на научной конференции нервной клиники 26 марта 1927 г.

Слева некоторая гиперестезия с того же уровня. На этой же стороне понижение вибрационного чувства, начиная с C_5—C_6.

Рефлексы. Рефлекс с biceps'a справа живой, слева отсутствует. С triceps'a и периостальные живые. При вызывании периостального рефлекса с левой лучевой кости получается живое сгибание кисти и пальцев. Это же движение вызывается не только с лучевой кости, но и со всего предплечья. Справа это движение тоже получается, но в значительно меньшей степени. Коленные и Ахилловы рр. повышены. Слева клонус коленной чашки и стопы. Из патологических рр. справа иногда вызывается Бабинский, слева намек на Бабинского, Mendel—Бехтерев и Россолимо.

Брюшные рефлексы вызываются.

Защитные рефлексы вызываются слева покалачиванием и эфиром до уровня пупка. Такие же движения по типу укорочения возникают в левой нижней конечности и самостоятельно. Из трофических расстройств, кроме уже упомянутых суставных изменений, можно отметить цианоз и понижение температуры левой кисти. Кожа вся несколько блестяща и истончена. При вызывании пиломоторного рефлекса фарадическим током или давлением на cucullaris слева никакой реакции не получается, справа же реакция получается на всей половине туловища и на конечностях. После пилокарпина реакция получалась одинаково как справа, так и слева. Исследование спиномозговой жидкости ничего патологического не обнаружило. В крови положительная реакция Мейнике.

Итак, у больного в связи с травмой развился симптомокомплекс с характером Броун-Секаровского. Справа расстроена чувствительность по типу диссоциации проводникового характера, а слева имеются двигательные пирамидные расстройства. Кроме того, в левой же верхней конечности налицо поражение периферического двигательного нейрона, в пользу чего говорят: атрофия с реакцией перерождения в лопаточных мышцах и мышцах плеча. Такой же периферический характер носит и поражение Serratus'a. Анализ этих по периферическому типу пораженных мышц говорит в пользу локализации процесса на уровне почти исключительно одного 5-го шейного сегмента. Все остальные двигательные и чувствительные расстройства вызываются поражением длинных проводящих путей в левой половине спинного мозга. Пирамидный путь, как и путь вибриационной чувствительности, повреждены на той же высоте, что-же касается кожной чувствительности, то она расстроена только с 3 грудного сегмента. Это можно об'яснить тем, что в очаг попали более внутренние волокна Говерсовского пучка, расположенные же более кнаружи волокна от двух верхних грудных и нижних шейных остались не поврежденными. Надо предположить повреждение и в правой половине спинного мозга, о чем говорит поражение Serratus'a и незначительные пирамидные симптомы на этой стороне.

Переходя к диагностике данного заболевания, мы имеем возможность прежде всего исключить повреждение позвоночника в смысле перелома или вывиха, так как клиническое наблюдение и рентген не обнаружили в нем никаких изменений. Против кровоизлияния в оболочки говорят отсутствие корешковых расстройств чувствительности и болей, односторонность поражения, ограниченная локализация очага. Да и нельзя было бы подобным процессом об'яснить изолированное поражение serratus'a. Но и диагноз гематомиэлии не подходит для данного заболевания, так как здесь нет сегментных расстройств чувствительности, что так характерно для кровоизлияния в спинной мозг. Непонятно также ограничение подвижности шеи особенно в начале болезни.

Поэтому мы здесь склонны допустить другую возможность, а именно травматическое повреждение спинного мозга без особого поражения сосудов самого мозга и его оболочек. В таких случаях встречаются большей или меньшей величины очаги размягчения мозговой паренхимы. На это указывает и М. Б. Кроль в своей работе „о центральной гематомиэмии без повреждений позвоночника“. В его случае, исследованном анатомически наряду с кровоизлиянием в вещество

спинного мозга были найдены и другие изменения, не зависящие от кровоизлияния, а именно набухание осевших цилиндров и гибель клеток. Шмаус в своих опытах на кроликах получал такие же очаги размягчения, которые он об'ясняет действием силы на жидкость периваскулярных пространств и центральный канал, в результате чего получается разрыв ткани, некроз и дальнейшее всасывание ее. При таком предположении можно об'яснить и изолированное выпадение serratus'a справа. Только при таком „травматическом миэлите" (как эту форму раньше называли) может случиться, что на высоте сегмента избирательно погибают клетки, относящиеся к одной мышце.

Если в нашем случае нужно думать о таком травматическом повреждении спинного мозга, то спрашивается, чем оно вызвано. Можно, конечно, допустить, что во время падения произошел сильный ушиб позвоночника, в результате которого аналогично опытам Шмауса, могли произойти нарушения целости мозговой ткани. Однако, нам кажется более правдоподобным допустить иной механизм, на который указывал еще Kocher, а именно временное смещение или вывих позвонка, который тут-же самопроизвольно вправился, но успел произвести деформацию и сдавление спинного мозга со всеми его последствиями. В пользу этого можно было бы привести ограниченность движений головы и боли в шее и затылке в первое время.

Подобный случай, исследованный анатомически, описан Филимоновым. Здесь у больного после того, как он нырнул в воду, развились вначале вялые, затем спастические параличи нижних конечностей, слабость сгибателей и разгибателей кисти и пальцев верхних конечностей с атрофией и реакцией перерождения в мышцах обоих предплечий. Полная анестезия на все виды чувствительности в области D_8—S_5. Гипестезия в области C_7—D_8. Автор еще при жизни больного предположил сдавление спинного мозга вывихнутым и самопроизвольно вправившимся позвонком, что и подтвердилось на аутопсии. В позвоночнике не оказалось никаких изменений. Спинной мозг на соответствующем уровне был уплощен в передне-заднем диаметре, что указывало на бывшее сдавление. При гистологическом исследовании обнаружено несколько полостей различной величины и локализации, наполненных детритом.

Интересно указать далее на случай, демонстрировавшийся в Бостонском Неврологическом Обществе под названием „Броун-Секаровский паралич от смещения позвонка". Здесь точно также после ныряния в воду развилась картина, совершенно аналогичная нашей вплоть до той же высоты поражения на уровне 5-го шейного сегмента. На рентгене оказалось смещение 4-го шейного позвонка вперед, а при операции оказалось сдавление спинного мозга дужкой 4-го позвонка. Сопоставляя этот случай со случаем Филимонова, т. е. сопоставляя с одной стороны—возможность получения в результате вывиха позвонка клинической картины аналогично нашей, а с другой—возможность временного смещения с последующим самопроизвольным вправлением, мы считаем возможным допустить подобный механизм и в нашем случае. Нужно полагать, что средние шейные позвонки являются наиболее предрасположенными к смещению с последующей травматизацией подлежащей части спинного мозга. Возможно, что в нашем случае характер падения больного напоминал ныряние больных Филимонова, демонстрированного в Бостоне.

К вопросу о послеоперационных легочных осложнениях

(Из 1-ой хирургической клиники Бел. Гос. Ун-та—Директор проф. С. М. Рубашев).

М. И. Сорокко.

Несмотря на ряд клинических и экспериментальных исследований, направленных для выяснения этиологии и патогенеза послеоперационных легочных осложнений, вопрос этот до сего времени не может считаться окончательно решенным. Многочисленность существующих взглядов, при том часто противоречивых, с несомненностью указывают лишь на то, что в этом вопросе есть еще много неясного. Поэтому мы не ставим себе задачей делать подробный обзор и подвергать обсуждению имеющиеся по этому поводу взгляды. Для того лишь, чтобы уяснить значение отдельных этиологических факторов и подчеркнуть некоторые особенности их, мы позволим себе привести имеющийся у нас материал за истекший год. Должно заметить, что наша клиника была вместе с тем и больницей, и специального подбора б-ных у нас не было. К нам поступали, как более или менее сложные клинические случаи, требующие длительного наблюдения и соответственного строго-научного клинического подхода,—так и самые банальные случаи—остеомиэлиты, переломы, абсцессы. Это создавало большую пестроту и разнообразие материала. Заметим также, что нами принимались в расчет лишь первичные, частые случаи послеоперационных легочных заболеваний. Например, случаи, где до операции был бронхит, существовавший и после операции,—нами, разумеется, не регистрировались. Из общего числа операций лапаратомий было сделано 161 и на долю их приходилось легочных осложнений 21. Таким образом по отношению к общему числу операций всех легочных осложнений было 5,6 проц., по отношению к числу лапаратомий—13 проц. Если же выделить из общего числа легочных осложнений одни лишь пнеймонии, то на долю последних по отношению ко всему числу произведенных операций приходится 3,1 проц., по отношению к числу лапаратомий—8 проц.,—цифры почти тождественные с данными, приводимыми Микуличем, также Протопоповым. Нас весьма интересовал вопрос, насколько часто бывают легочные осложнения после операций по поводу отдельного вида заболеваний. У нас получились такие отношения: операции на желчных путях и на желудке (58 сл.) дали легочных осложнений в 20,6 проц.

По поводу { аппендицита (54 сл.)—14,8 проц.
грыжи дали . . .— 8,2 „

Итак, на первом месте по частоте осложнений в легких стоят операции на печени и на желудке, т. е. в верхнем отделе брюшной полости, каковое обстоятельство находит подтверждение у целого ряда авторов.

Мы, разумеется, не склонны, за незначительностью материала, придавать абсолютного значения приводимым цифрам, но считаем, что все-же относительное значение они могут иметь.

Осложнений в виде плевритов в нашем материале было 6, из них один после операции по поводу Ca pancreas, другой—по поводу Ileusa.

Остальные 4 выпотных плеврита появились после операций на желчном пузыре (19 сл.) Таким образом получается значительный проц. заболеваемости плевритом после операций на желчных путях. При чем в двух из этих случаев плеврит сопровождался катарральной пнеймонией. Приведенное наблюдение, по нашему мнению, представляет некоторый интерес и его нельзя не отметить. Об'яснить этот факт можно лишь тем, что операции на желчных путях производятся в непосредственной близости от диафрагмы, и инфекция из брюшной полости чрезвычайно легко может проникнуть по лимфатическим путям диафрагмы в плевру. Очень показательные опыты Payr'a с внесением краски в диафрагму, после чего она через несколько минут переходила в лимфатические железы на уровне разветвления бронхов,—вполне подтверждают такую возможность.

Чрезвычайная редкость осложнений в легких после операций на конечностях, отмеченная еще ранее Протопоповым, наблюдается и на нашем материале. Несмотря на порядочное число операций по поводу остеомиэлита и других заболеваний конечностей, мы не наблюдали ни одного случая заболевания легких после этих операций. Если принимать за более частую причину послеоперационных пневмоний тромбоз мельчайших вен операционного поля и занос эмболов отсюда, то некоторым подтверждением вышеупомянутого явления служат эксперимент исследования Prima, затем Budde и Kürtenà. Исследования последних двух авторов показали, что после самого незначительного вмешательства в брюшной полости тромбы в системе V. porta образовывались в большом количестве и через короткое время; Prima же, поставив свои опыты на конечностях, нашел, что при простых травматических манипуляциях образование тромбов в сосудах конечностей не наступало; тромб можно было лишь вызвать путем значительной травмы, например, весьма сильным электрическим раздражением.

Из всего количества легочных осложнений на долю мужчин приходилось 21, на долю женщин—11, почти вдвое меньше. Большую заболеваемость мужчин, пожалуй, можно об'яснить наличием у мужчин преимущественно брюшного типа дыхания, каковой особенно при операциях на животе в первую очередь страдает, что создает неблагоприятные условия для хорошей вентиляции легких.

Влияние возраста на нашем материале более точно установить не удается. В общем половина заболеваний падает на возраст от 40—70 л.

Анестэзия применялась в подавляющем большинстве случаев общая, чаще в виде хлороформенного наркоза. Наркотизирующее вещество употреблялось в обычных средних количествах, продолжительность операции была в среднем 40 м., так что винить наркоз или длительность операции у нас нет оснований.

Чтобы выявить значение охлаждения, наш материал был распределен по месяцам из расчета—6 холодных (октябрь—март) и 6 теплых (апрель—сентябрь). Получилось такое явление. Несмотря на то, что операций всего в течение холодных месяцев произведено было на 50 меньше и соответственно этому меньше и лапаратомий, послеоперационных легочных осложнений было больше, именно, за холодное время—21, за теплое—11. Как видим, разница довольно значительная. Franke, Braun указывают на частые случаи эпидемического распростра-

нения пнеймоний в лечебных учреждениях. У нас это не наблюдалось. Легочные заболевания равномерно распределялись по отдельным месяцам, и не было случая, чтобы в одном из холодных месяцев замечалось большее количество случаев легочных заболеваний. Какое же об'яснение дать этому факту. T° операционной в холодные м-цы держалась приблизительно на нормальном уровне: 12°—13°. Но возможно, что и эта t° являлась достаточно низкой и в иных случаях отражалась неблагоприятно на оперируемых б-ых, в особенности при лапаратомиях, когда зачастую выставляются на воздух большие поверхности внутренностей. Далее, часть оперированных б-ых, правда, незначительная, лежала вблизи окна и могла также подвергнуться влиянию простуды. Другая часть проделала свой послеоперационный период в нижнем этаже, где t° была действительно значительно ниже по сравнению с палатами верхнего этажа. Возможно допустить, что некоторая часть б-ых могла подвергнуться охлаждению при переноске, перекладывании и переодевании. Допустить влияние всех этих моментов возможно, принимая во внимание, что организм оперированного, перенесшего большую травму, а в иных случаях и большую потерю крови, менее устойчив и легче подвергается влиянию всех вредных моментов, в том числе и простуды. Среди хирургов нет полного единомыслия в оценке значения простудного фактора. Так, напр., Ракицкий, базируясь на материале Обуховской б-цы, относящемся к годам наибольшей экономической разрухи, приходит, казалось бы, к парадоксальному выводу, что пнеймоний в это время наблюдалось значительно меньше по сравнению с позднейшим временем, когда операционные систематически отапливались железными печами. Данные Грекова говорят также за то, что пнеймоний в голодные и холодные годы гражданской войны было поразительно мало. Не входя в обсуждение этого довольно странного явления, можно лишь думать, не играл ли в описанное время большую роль своего рода иммунитет к простудному фактору, в виду того, что в громадном большинстве случаев индивидуально всем приходилось подвергаться постоянно влиянию охлаждения, и организм до некоторой степени мог закаляться.

Картина заболевания пнеймонией в наших случаях была в общем типична и ничем не отличалась от обычных заболеваний, не стоящих в связи с операцией. Клинически чаще всего определялись лобулярные пнеймонии с мелко-фокусными поражениями в сопровождении бронхита или без него. Лобарная пнеймония наблюдалась в трех случаях. Из них один окончился летально.

Что касается локализации процесса в легких, то все плевриты и почти все пнеймонии локализовались в правом легком, занимая преимущественно среднюю или нижнюю долю. Иногда процесс захватывал оба легких, но начинался все-же с правого легкого. Это явление находит подтверждение у целого ряда авторов.

Существует много предложений для профилактики послеоперационных легочных осложнений. Одни авторы видели хорошие результаты от одного применения втечение нескольких дней перед операцией сердечных средств, главным образом, digitalis'a; другие советуют применять пнеймококковую вакцину. Eden предложил кальциевый препарат Afenil, о котором отзывается весьма благоприятно. Ahrens избегал послеоперационных осложнений в легких при операциях на желудке блокированием n. vagus путем впрыскивания $^1/_2$% Novocain'a с adrenalin'ом в plexus gastricus. Собственного большого опыта в этом отношении мы не имеем. С лечебною целью уже начавшихся легочных заболеваний мы применяли предложенный Bier'ом способ внутримышечного

впрыскивания эфира. Применяли его исключительно в случаях послеоперационных бронхитов. Большой пользы от него не видели и принуждены были отказаться от его применения. В последнее время мы перешли к методу лечения собственной кровью и весьма довольны результатами. На этом вопросе я позволю себе несколько подробнее остановиться.

Аутогемотерапия, как новый метод лечения, предложенный Forschütz'ом в 1923 г., в короткое время нашел весьма обширное применение. Не будет большой ошибкой сказать, что ни один из методов лечения, известных в медицине, не касается такого большого круга заболеваний, как лечение собственной кровью. Фурункулы и пнеймонии, ишиас и диабет, экземы и раковые опухоли—вот заболевания, в сущности не имеющие ничего общего, далеко отстоящие друг от друга по нозологической линии, по отношению к которым однако приложен упомянутый метод, и имеются на этот счет соответствующие наблюдения. В такой универсальности метода заключается безусловно его положительное значение, в этом же, может, состоит и его слабая сторона.

Относительно применения ауто г. т. при послеоперационных легочных заболеваниях имеются уже наблюдения многих авторов. Graser приводит 60 случаев пнеймоний и острых бронхитов, леченных впрыскиванием собственной крови, где он получил прекрасные результаты. Вводил от 20 до 60 кб. с. собственной крови. После первого же впрыскивания на другой день к утру t° падала до нормы и суб'ективно обычно наступало значительное улучшение; срок заболевания заметно сокращался. В случае неудачи впрыскивание повторялось. Больше 2-х впрыскиваний обычно не приходилось применять. Такие же хорошие результаты получал Mull. По его наблюдению достаточно было введения одного шприца. Tenckhoff, пользуясь этим методом, втечение 3-х лет не имел ни одного смертельного случая от послеоперационных пнеймоний.

На 17-м с'езде российских хирургов Зебольд сообщал, что в клинике Гессе в последнее время также проводится ауто г. т. при указанных страданиях.

Кровь предварительно цитрировалась, затем вводилась в мышцу. Имелось 20 наблюдений: 5 бронхитов и 15 пнеймоний. При бронхитах хорошего результата не было заметно. Из 15 пнеймоний в 6 случаях наступало резкое и полное улучшение, в 6—заметное улучшение, 3 остались без результата. На последнем с'езде российских хирургов о благоприятных результатах ауто г. т. докладывал также проф. Шаак. Наряду с многими благоприятными отзывами об ауто г. т. при послеоперационных пнеймониях некоторым диссонансом звучит сообщение Rieder'a (из клиники Sudeck'a в Гамбурге). Пользуясь этим методом, при указанных заболеваниях, он не получил хорошего впечатления при его применении. Свои наблюдения он поставил таким образом, что часть пнеймоний, в количестве 60, он лечил впрыскиванием собственной крови б-го, другую же часть для контроля оставлял без этого лечения, употребляя другие общепринятые мероприятия. В части случаев он действительно получал хорошие результаты; во многих случаях, несмотря на своевременное впрыскивание t°, не падала. Наконец, имелось много случаев, когда введения крови не было, а t° на другой же день приходила к норме. В общем, он приходит к выводу, что ауто г. т. в большинстве его случаев не давала желаемых результатов. Поэтому он настаивает на применении обычных мероприятий.

Собственных случаев, где применялась ауто г. т., мы имеем 12. Техника соблюдалась обычная. Употреблялось 2 шприца в 10 кб. с.

Кровь бралась с помощником. Один набирал, другой впрыскивал. Шприцы промывались стерильным физиологическим раствором. Как пришлось убедиться,—недостаток метода в том, что очень скоро тромбируется иголка, вколотая в вену, и потому не всегда бывает возможным взять желаемое количестве крови без повторного вкола иголки. Более толстые капнюли не всегда бывают удобны. Из 12 случаев, пользованных этим методом, в 7 получился полный успех. (5 пнеймоний и 2 острых бронхита); t° резко падала до нормы уже к утру. Суб'ективно наступало улучшение уже со следующего дня; уменьшалась одышка, стеснение в груди, кашель становился реже и легче. Об'ективно не замечалось в легких особенно резкого поворота к улучшению. Впрыскивания производились в первый же день повышения t°, когда явления со стороны легких зачастую вполне еще не обнаруживались. В 2-х случаях впрыснуто было по 15 кб. с.; в остальных 20—40 кб. с. Из остальных 5 случаев, леченных по этому методу, 2 остались без результата и 3 с неясными результатами. Неуспех в этих случаях, пожалуй, можно об'яснить тем, что впрыскивание крови производилось не в начале, а по истечении 2-3-х дней от начала повышения t°. Не можем обойти молчанием того обстоятельства, что и в нашем материале имеется ряд случаев, когда и без применения ауто г. т. уже на другой день к утру t° резко падала до нормы, затем приходилось наблюдать, что применение обычных лечебных мероприятий, без впрыскивания собственной крови, вело к хорошим результатам; несколько удлинялся лишь период выздоровления.

В заключение всего изложенного, хочется сказать следующее. Так как этиологические факторы послеоперационных легочных страданий чрезвычайно многообразны, то каждый подобный случай надо рассматривать, как суммарное воздействие многих вредных моментов, с преобладанием одного из них. Поэтому и профилактика этих заболеваний должна направляться многими путями. Только строгий индивидуальный подход к каждому отдельному случаю, тщательное наблюдение за наркозом, охранение от охлаждения как во время, так и после операции, забота о легких и сердце—являются по нашему мнению наилучшими и действительными средствами в борьбе с послеоперационными легочными осложнениями.

Что касается лечения уже развившихся страданий, то, по нашему убеждению, ауто-гемотерапия должна занять одно из первых мест. Во многих случаях все наши методы лечения показывают все свое несовершенство, и мы остаемся бессильными в желании помочь больному организму. В ряду других мероприятий тут нам приходит на помощь метод ауто-гемотерапий,—метод и легко выполнимый и имеющий под собой определенные биологические основания.

Директору клиники С. М. Рубашову приношу свою признательность за предложенную тему и некоторые указания в работе.

Литература.

1. Рокицкий. Вестник хир. и погр. обл. т. III.
2. Греков. Тоже т. II.
3. Дитерихс. Послеоперационный период.
4. Elwyn. Врачебное дело 1924, стр. 1456.
5. Eden. Münch. med. Wochen № 24.
6. Wanden Welden. Zbl. f. Chir. № 33, 1923.
7. Lambret. Нов. хир. архив № 21 (реферат).
8. Specker. Schweiz. med. Woch. 1921. № 24.
9. Seitz. Bruns Beiträge z. klin. Chir. Bd. CXXII, НКЗ.

10. Rupp. Archif. f. klih. Chir. Bd. CXV, НКЗ.
11. Протопопов. Диссерт. 1912.
12. Bode. Münch. med. Woch. № 9, 1916.
13. Ahrens. Zbl. f. Chir. № 22, 1924.
14. Шейнинг. Нов. Хир. Архив № 21 (реф.).
15. Prima. Zbl. f. Chir. № 6, 1925.
16. Forschütz. Deutsch Zeit. f. Chir. Bd. 183. 1923.
17. Graeff. Zbl. f. Chir. 1926.
18. Rieder. „ „ „
19. Mull. „ „ „
20. Graser. Zbl. f. Chir. 1925, № 45.

К вопросу о судьбе костных трансплантатов при операции Ольби.

(Госпит. Хирургическая Клиника Директор проф. М. П. Соколовский).

Б. Н. Цыпкин.

Уже 12 лет прошло с тех пор, как Ольби предложил свою операцию, которую И. И. Греков на XV с'езде хирургов в 1922 году назвал „гениальной по своей простоте и целесообразности". Уже десятки, сотни больных оперированы во всем мире, но единства хирургов в этом вопросе нет в настоящее время, как его и не было 8—10 лет тому назад; до сих пор существуют ярые противники этой операции, ее друзья и относящиеся к ней индиферентно.

Хирурги, бывшие на XV-м с'езде, свидетельствуют о том энтузиазме и восторженности, с которой тогда встретили операцию Ольби, и только единичные голоса Турнера и его школы раздавались против лечения таким способом туберкулезных спондилитов. Несколько иная картина вырисовывается на XVI с'езде в 1926 году, здесь уже противников стало больше, выступления их стали ярче и сильнее. Д-р Альбрехт, участник XVI с'езда, сравнил вопрос об операции Ольби с океанской волной, которая с быстротой бега ударяется о скалу и с такой-же быстротой бежит обратно. Скала это—старые консервативные методы лечения, достаточно испытанные, набегающая волна—мнение XV с'езда хирургов, волна бегущая обратно—мнение настоящего XVI с'езда.

Сторонники этой операции утверждают, что пересаженный костный трансплантат фиксирует больные позвонки, иммобилизируя больной очаг, представляет, как-бы „внутренний корсет". Некоторые называют эту операцию „архитектурной", так как при помощи новой балки разгружаются больные позвонки. Противники этой операции за границей Lexer, Ludloff, Kisch, ученик Bier'a, в России Турнер, Краснобаев и Есипов утверждают, что природа при излечении туберкулезного спондилита создает костный анкилоз, не только между остистыми отростками, но, главным образом, между телами позвонков, их дугами и поперечными отростками; а потому фиксировав только остистые отростки нельзя создать иммобилизацию больного очага и предупредить те сложные движения, которые совершает позвоночный столб. Гипсовая кроватка и гипсовый корсет вернее, быстрее и без риска излечивают спондилит. Laefler указывает на „неслыханные требования", которые пред'являют к костному мостику.

Ольбисты говорят, что оперативная фиксация позвоночника во много раз сокращает срок лечения, быстро устраняет боли и предупреждает рецидивы. Противопоказания у разных авторов различны. Смирнов и Шамов делают операцию Ольби почти всем спондилитикам: исключение составляют больные с активным процессом в легких или туберкулезом внутренних органов; другие не делают этой операции у детей, полагая, что пересаженный шпан задерживает нормальный

рост позвоночного столба. Величина горба, его месторасположение, натечные абсцессы, параплегии служат для одних показанием, для других противопоказанием к оперативной фиксации позвоночника. Ольбисты указывают, что смертность от этой операции равна 1/2 проц., а улучшение и выздоровление в среднем равны 80 проц.; в то же время консервативное лечение в средних условиях дает только 51 проц. выздоровлений, а в самых лучших условиях у Rollier в Лейзене 85 проц. излечения. Противники дают совсем иные цифры, так Турнер говорит, что смертность равна 15 проц. и случаи рецидивов после операции очень часты. Огромна литература по этому вопросу и не в целях нашего сообщения подробно на ней останавливаться, но все-таки мы полагаем, что будет весьма интересно выслушать мнение видного германского хирурга Oehleker'а. „Должны быть строгие показания", —пишет Oehleker, „только в свежих, благоприятных случаях с маленьким гибусом, с хорошим общим состоянием показана операция Ольби; не правы те авторы, которые совсем отрицают значение операции Ольби; надлежит больных после операции держать не меньше года в реклинационном положении и в гипсовой кроватке; могут возразить, пишет далее Oehleker, что в таком случае операция Ольби излишня, если год нужно, чтобы больной после нее находился в кровати; следует довольствоваться малым, но вполне верным; если через год трансплантат жив и наступил прочный костный анкилоз, то нужно думать, что рецидивы станут реже".

Мы полагаем, что в разрешении этого спора между консерваторами и радикалистами изучение патолого-анатомических препаратов займет далеко не последнее место и в настоящее время уделяют все больше и больше внимания судьбе пересаженных костных трансплантатов.

Какова вообще судьба костных трансплантатов? Нужно сказать, что в настоящее время вопрос этот, за исключением небольших деталей, получил вполне определенное разрешение. Не касаясь истории клинического и экспериментального изучения костных пересадок, которая берет начало с 60-х годов прошлого столетия, укажем только на последние выводы современной науки, которые представили на последнем Германском с'езде хирургов Lexer. В своем блестящем и всеоб'емлющем докладе „20 Jahre Transplantations forschung" Lexer, подводя итоги своим исследованиям, приходит к выводу, что всякий костный трансплантат, пересаженный аутопластически переживает следующие стадии: первый—это стадия атрофии, когда в пересаженном костном трансплантате, лишенном своей материнской почвы, происходит процессы рассасывания и прорастания сосудов, дегенеративные явления преобладают; эта стадия длится около 3-4 месяцев.

Вторая стадия живой перестройки костного шпана; к концу 4-го месяца начинаются отложения молодой костной ткани и уплотнение всего трансплантата, в этой стадии намечается преобладание регенеративных явлений.

К концу 5-6 месяца начинается третья стадия функциональной перестройки, когда трансплантат перестраивается и принимает ту форму, какую требует от него функция данного органа.

Такова вкратце жизнь костного трансплантата, когда он вжил, такова его физиология. Посмотрим какова его патология, как протекает жизнь костного трансплантата, когда он подвергается, каким нибудь вредным общим влияниям. Не будем останавливаться на случаях инфекции

и перелома самого трансплантата. Укажем только на то, какое влияние оказывает общее состояние на жизнь пересаженного шпана. Вопрос о судьбе вообще трансплантата и костного, в частности, в больном организме обратил на себя внимание только некоторых исследователей, а, между тем, изучая этот вопрос мы сможем об'яснить в части случаев неблагоприятный результат пересадок. Клинические наблюдения показывают, что в старческом возрасте аутопластические пересадки удаются редко; кости, хрящи и жир, пересаживаемые у стариков, рассасывались неоднократно; единственное, что дает положительный результат у стариков это пластика на ножке. Schöne и другими авторами производились экспериментальные исследования о влиянии беременности на жизнь и судьбу трансплантатов. Хорошо упитанные, здоровые организмы создают для пересадок лучшие условия, чем анемичные и ослабевшие организмы. Экспериментальные исследования Schöne и клинические наблюдения показали, что употребляемые при гомопластике ткани людей анемичных, ослабленных приживают гораздо хуже, чем ткани от совершенно здоровых людей.

Lexer описывает следующий интересный случай. Больному была сделана полная ринопластика и в течение нескольких месяцев он имел хорошо сформированный нос; внезапно больной заболевает двухсторонним гнойным плевритом и во время болезни рассасываются пересаженные кости и хрящ, составлявшие остов носа. Lexer считает, что в данном случае исчезновение трансплантатов нужно поставить в связь с перенесенным заболеванием плевры.

Другой случай касается больного, у которого после нефрита, длившегося около полугода, было отмечено искривление трансплантата. Больной, через продолжительное время после пересадки, переносит стрептококковую ангину, вслед затем у больного был определен в трансплантате маленький секвестр, окруженный гноем, содержащий стрептококки. Lexer считает, что здесь мы имеем дело с гематогенной инфекцией трансплантата, после перенесенной ангины. Но не только острые инфекции, но и хронические инфекции и интоксикации (сифилис и туберкулез) оказывают вредное действие на трансплантаты. Клинические наблюдения показывают издавна, что у люэтиков (не леченных вовсе или плохо леченных) трансплантации не удаются; здесь нельзя говорить не только о свободной аутопластике, но и пластика на ножке у таких больных не удается; что же касается костей и хрящей, то они без нагноения и образования свищей у сифилитиков исчезают и рассасываются.

Вопрос о пересадке у туберкулезных больных новый и получил практическое значение с тех пор, как Ольби предложил свою операцию для лечения спондилитов. Biesalski сообщил о восьми трансплантатах, которые были пересажены больным спондилитикам, причем трансплантаты не росли ни в длину, ни в ширину, несмотря на то, что после пересадки прошло от 4 месяцев до $3^1/_4$ года; местами трансплантаты ломались, вследствие разрежения и рассасывания костной ткани. Lexer сообщает о случае, где через девять месяцев после операции Henle по поводу спондилита, один из костных трансплантатов сохранился, другой почти весь рассосался; нужно думать, что туберкулезная интоксикация имела здесь большое влияние на судьбу погибшего шпана. Ни при одной из костных пластик, не описано так много случаев перелома и секвестрации шпанов, как при операции Ольби.

Наши случаи, где нам удалось проследить дальнейшую судьбу шпана, следующие:

Больной Ч. Ф. поступил 16 ноября 1923 г. в Пропедевтическую Хирургическую Клинику с жалобами на сильные боли в позвоночнике, на невозможность сгибания; б-ной с трудом ходит; имеется небольшой гиббус на границе грудной и поясничной части позвоночника. Выдох на правой и левой верхушке; рентгеноскопия: затемнение обоих верхушек и увеличение бронхиальных желез, t°—N. 18/IX 1923 г. б-ному была произведена проф. Соколовским операция Ольби; заживление per primam; после операции б-ной пролежал на животе $2^1/_2$ месяца; выписался в хорошем состоянии со значительным улучшением; боли исчезли и двигаться стал б-ной лучше.

26 февраля 1925 г., т. е. через один год и $3^1/_2$ месяца, б-ной поступает в Госпитальную Терапевтическую Клинику; по словам ординатора б-ной сам явился в клинику, но тут уже в б-це потерял сознание, а потому анамнез собрать не удалось. Через шесть дней больной скончался от туберкулезного менингита; на произведенном патолого-анатомическом вскрытии диагноз туберкулезного менингита подтвердился * и был извлечен, пересаженный $15^1/_2$ месяцев тому назад шпан, который был любезно предоставлен нам для исследования проф. И. Титовым.

На рентгенограмме, сделанной с патолого-анатомического препарата, мы видим, что костный трансплантат спаян с пятью остистыми отростками, образуя как-бы балку, плотно спаявшую остистые отростки позвонков; в одном месте на трансплантате имеется небольшой выступ. Был сделан целый ряд гистологических срезов, проходящих через различные места трансплантата; на одной группе срезов мы видим следующую картину: между остистыми отростками и костным трансплантатом местами имеется щель, которая только отчасти выполнена эритроцитами и небольшим количеством соединительной ткани: межуточное вещество костного трансплантата окрашено равномерно эозином в розовый цвет; причем во многих местах имеются щели, рассекающие трансплантат на отдельные островки; межуточное вещество большею частью однородно и только местами можно различить пластинчатое строение. Межуточное вещество содержит костные клетки и костно-мозговые полости; последние частью пусты, частью наполнены эритроцитами и лимфоцитами; что касается костных клеток, то они большею частью п у с т ы и только по периферии трансплантата и местами вокруг гаверсовых каналов сохранились в костных клетках хорошо окрашивающиеся ядра; по периферии трансплантата в одном месте имеется большое количество костных клеток с хорошо окрашенными ядрами, межуточного вещества здесь мало. В другой группе срезов мы можем отметить, что межуточное вещество окрашивается неравномерно эозином; при чем межуточное вещество уже не однородно и гомогенно, а имеет волокнистый характер; что касается костно-мозговых полостей и костных клеток, то они пусты; даже костные клетки, расположенные вокруг гаверсовых каналов, пусты и лишены ядер. Таким образом, гистологические исследования позволяют нам заключить, что через $15^1/_2$ месяцев после пересадки явления атрофии выражены крайне резко, регенеративные явления очень слабы; костный трансплантат почти весь мертв; конечно, смерть в данном случае необходимо поставить в связь с жизнью костного трансплантата в больном туберкулезном организме.

Второй случай касается б-ного мальчика 12 лет, который страдал поражением нижних конечностей, вследствие туберкулезного спондилита; gibbus на границе грудной и поясничной части позвоночника.

В 1922 году б-ному была сделана д-ром М. Шапиро операция Ольби; через 8 месяцев б-ной скончался от туб. менингита с патолого-анатомического препарата была сделана рентгенограмма, на которой мы видим резкий гиббус; тела у двух позвонков почти полностью поражены туберкулезным процессом; что касается костного шпана, то он с трудом заметен и расположен в области остистых отростков шести позвонков; костное вещество шпана представляется резко разреженным. В данном случае, как показывает рентгенограмма, костный трансплантат почти весь рассосался, что нужно, конечно, поставить в связь с туберкулезной интоксикацией; здесь все явления гораздо резче, чем в первом случае, вероятно благодаря тому, что туберкулезное поражение с самого начала было более серьезное.

Таким образом, приходим к следующим выводам:

1. Жизнь трансплантата в больном организме и отравляющее влияние токсинов организма на борющийся за свое существование трансплантат—вопрос чрезвычайно интересный и важный, которому до сих пор посвящают слишком мало клинических и экспериментальных исследований.

---

* Был обнаружен туберкулез легких и кишек.

2. Если считать необходимым условием успеха операции Ольби хорошую жизнь костного трансплантата, то неудачи в части случаев могут быть об'яснены туберкулезной интоксикацией шпаны.

3. Гистологические изменения, которые претерпевает костный трансплантат в тяжелых случаях спондилита, характеризуются местами преобладанием регрессивных явлений и атрофии, местами-же наблюдается полная смерть.

4. Приведенные два клинические наблюдения, конечно, не могут служить аргументом против операции Ольби; вообще, оба случая касались больных, у которых туберкулезный процесс принял очень острое и бурное течение, которое и вызвало замедление регенеративных процессов при вживлении трансплантата. Следовательно, при операции Ольби, кроме всех прочих, указанных выше, условий, нужно принимать во внимание общее состояние организма и учитывать возможность острого течения туберкулезного процесса.

К вопросу о relaxatio diaphragmatica.

(Из клиники профессиональных болезней при Белорусском Государственном Университете Заведующий—С. Н. Ефимьев).

И. М. Флекель.

Патология диафрагмы до самого последнего времени представлялась одной из наименее изученных глав клинической медицины и если в отношении острых воспалительных заболеваний диафрагмы в последнее время делаются серьезные попытки очертить симптомокомплекс „диафрагматитов“ *(Виккер)*, пользуясь по преимуществу обычными клиническими методами исследования, то в отношении других, не остро-воспалительных заболеваний этого органа, в частности относительно интересующего нас патологического состояния, известного под именем relaxatio s. eventratio diaphragmatica, имеющиеся в нашем распоряжении данные в значительной степени обусловлены успехами рентгенологии и могут быть добыты, в подавляющем большинстве случаев, лишь при применении этого метода исследования.

Весь вопрос о relaxatio diaphragmatica находится в настоящее время в стадии изучения, разработки—нет единого взгляда ни на этиологию этого своебразного заболевания, ни на патолого-анатомический процесс, лежащий в основе его, ни на его клинический симптомокомплекс.

Именем relaxatio (eventradio) diaphragmatica обозначают одностороннее (в подавляющем большинстве случаев левостороннее) ненормально высокое стояние диафрагмы, находящееся в зависимости от атрофии или полного отсутствия мышечного слоя ее, так-что пораженная половина диафрагмы представляется в виде тонкого соединительно-тканного мешка, не могущего противостоять внутрибрюшному давлению и впячивающегося, благодаря этому, в грудную полость до 3-го даже 2-го ребра.

Уже по вопросу о самом ограничении понятия relaxatio diaphragmatica существуют разногласия. Так, Reich считает, что этим именем должно обозначаться только такое одностороннее высокое стояние диафрагмы, при котором имеется не только атрофия, но обязательно и дегенерация ее. Случаи-же высокого стояния атрофированной (не дегенерированной) диафрагмы в зависимости, например, от паралича n. phrenici не должны по Reich'у подводиться под эту болезненную форму. Большинство-же авторов считает, что relaxatio diaphragmatica, бывая нередко врожденным заболеванием, может быть и приобретенным, в частности может находиться в зависимости от первичного поражения n. phrenici.

Заболевание это, не дающее характерных симптомов, нередко обнаруживается случайно рентгенологами, которые обычно легко констатируют ненормально высокое одностороннее стояние брюшных органов, ведущее к одностороннему уменьшению легочного поля, но нередко сталкиваются с значительными трудностями при решении вопроса о причине такого односторонне-высокого стояния брюшных органов. Рентгенологам приходится обычно решать вопрос о том, имеется-ли

в данном случае relaxatio diaphragmatica или встречающаяся чаще диафрагмальная грыжа. Лишь в меньшинстве случаев вопрос этот сравнительно легко разрешается—когда удается с уверенностью установить положение диафрагмы над или под смещенными вверх брюшными органами.

Клинически оба заболевания дают одинаково нехарактерные симптомы и без рентгеновского исследования обычно не диагносцируются.

Одышка иногда кашель, сердцебиение, боли в груди, чувство полноты в левом подреберьи—нехарактерные суб'ективные ощущения. нередко усиливающиеся после приема пищи и об'ективно констатируемые притупление перкуторного звука, ослабление дыхания и голосового дрожания, ограничение дыхательной подвижности краев легких соответственно высоко-стоящей диафрагме, смещение сердца—все это симптомы легко ведущие к ошибочному предположению выпотного плеврита, либо плевральных шварт. Нередко, повидимому, делается пробный прокол, при чем пункционная игла вместо предполагаемой полости плевры попадает под диафрагму в брюшную полость, что иногда может вести за собой и смертельный исход (случай Weil'я—приведено по Krömeke).

При таком положении вещей является вполне понятным стремление авторов, сталкивавшихся с подобными случаями, уже при обычном исследовании б-го (без данных рентгена) подметить симптомы, которые дали-бы возможность заподозрить ненормально высокое одностороннее стояние диафрагмы, и следовательно, воздержаться от производства пробной пункции до рентгеноскопии. Так, Szánto в каждом случае левостороннего базального притупления, где отсутствует лихорадка и одышка и где сердце смещено вправо, считает необходимым подумать о возможности relaxatio diaphragmatica и производить плевральную пункцию лишь после рентгеновского исследования.

Московский рентгенолог Диллон, посвятивший вопросу о relaxatio diaphragmatica обстоятельную статью полагает, что есть симптомы, которые при тщательном исследовании, если иметь в виду возможность подобного заболевания, могут побудить подумать о перемещении брюшных органов в грудную полость. К этим симптомам относятся, например, смещение сердца при различных положениях пациента, усиление или ослабление тимпанита при раздувании воздухом желудка или выкачивании его, чувство холода в груди вместо живота при питье холодной воды, появление Succussio Hippocratis при наполнении желудка жидкостью.

Отсутствие достаточной разработки всего учения о relaxatio diaphragmatica, отсутствие очерченной симптоматологии этого заболевания, относительно небольшое количество опубликованных случаев (Диллону удалось собрать в литературе 64 случая, к которым он прибавляет 8 собственных) дает основание сообщать о каждом подобном случае.

Мы имели возможность наблюдать в клинике профессиональных болезней следующий случай:

Больной Т-ж*, 18 лет, приказчик по профессии, направлен Минской врачебно-контрольной комиссией в клинику профессиональных болезней для стационарного наблюдения и дачи заключения о состоянии его здоровья, его работоспособности.

Anamnesis. Больной жалуется на быструю утомляемость, одышку при быстрой ходьбе и поднятии тяжестей, покалыванья в левой поло-

* Больной демонстрирован в Минском Научном Медицинском Обществе в феврале с. г.

вине груди. Других жалоб, в частности диспептических явлений, нет. Считает себя больным с 6-ти летнего возраста—после перенесенного сыпного тифа, хотя и до этого заболевания был слабым ребенком, отставал от своих сверстников. Кроме сыпного тифа, 9 лет от роду болел в Самаре малярией, а в 15 летнем возрасте у б-го был „нарыв" на шее, который после произведенного вскрытия его не заживал в течение 3-х месяцев. Больной не курит, алкоголизм, lues—отрицает. Больной—4-ый в семье. Родители умерли относительно молодым и (указать точнее в каком возрасте, равно как и причину их смерти больной не может). Сестра больного умерла в возрасте 16 лет от порока сердца. Брат 21 года и сестра 25-ти лет—здоровы.

St. praesens. Больной среднего роста; выраженная Asthenia universalis congenita Stillera (длинная, узкая грудная клетка, острый реберный угол, 10-ое подвижное ребро, опущенная пр. почка и пр.), пониженного питания (вес—55 кгр.). Слизистые—несколько бледноваты. На шее под подбородком 2 небольших кожных рубца. Мышечная система слабо развита, костно-суставная—N. Пульс 80 в1', среднего наполнения и напряжения, ритмичен. Кровяное давление—Mx—103, Mn—58 (по Riva-Rocci-Короткову). Грудная клетка узка, удлинена. Западение обоих над и подключичных ямок. Заметных выпячиваний или западений в нижней части грудной клетки не отмечается. Левая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании, преимущественно в нижних частях. Сердечный толчок на обычном месте не ощупывается. Ощупывается нерезкая пульсация в 2-м и 3-ьем межреберных промежутках вправо от грудины, здесь-же ясно ощущается и так наз. кошачье мурлыканье. Не обнаруживается на обычном месте и перкуторная тупость сердца. Слева ясный легочный звук по сосковой линии сверху до 5-го ребра, а по средней подмышечной—до 6-го межреберья—ниже этой линии, звук притупленно-тимпанический, непосредственно переходящий в тимпанит брюшной полости. Сзади слева притупление, начинающееся на 2 поперечных пальца выше угла лопатки, переходящее ниже в тупой звук. При наклонении туловища больного вперед, звук в этом месте несколько проясняется. Дыхательная подвижность нижнего легочного края слева отсутствует. Соответственно притупленно-тимпаническому звуку спереди и притуплению сзади дыхание, равно как и голосовое дрожание также отсутствуют. В верхней части левой половины грудной клетки ясный легочной звук, нормальное дыхание. Притупление соответствующее сердцу обнаруживается в правой половине грудной клетки, при чем правая граница относительной тупости отстоит от средней линии в 6-м межреберьи на 8,5 сант. (на 1 поперечный палец кнутри от пр. соска), в 4-м—7, в 3-ьем—5 и во 2-м—на 3 сант. Слева относительная тупость едва заходит за левый край грудины. Абсолютная тупость—4 сант.—расположена справа от грудины. Соответственно притуплению выслушивается чрезвычайно громкий, грубый, протяжный, покрывающий всю систолу с одинаковой интенсивностью (без симптомов crescendo или decrescendo) шум, заканчивающийся не акцентуированным 2-м тоном, который выслушивается лишь во 2-м и 1-м межреберьях справа; ниже, равно, как и слева от грудины 2-ой тон не выслушивается. Наиболее отчетливо шум выслушивается в 3-ьем межреберьи, непосредственно у пр. края грудины и отсюда проводится вниз до пр. соска, вверх—под ключицу, слабо выслушивается в сонных артериях, кнаружи—до правой подмышечной ямки и очень слабым шум этот выслушивается слева от грудины до левого соска.

В остальных местах правой половины грудной клетки—ясный легочный звук (незначительное hilus'ное приглушение с обоих сторон); нижние границы правого легкого, подвижность краев и дыхание—N.

На высоте вдоха прощупывается в правом подреберьи мягкий, острый, нечувствительный край печени. Селезенка не прощупывается, перкуторно определить ее не удается. Под печенью в правой половине подложечной области ощупывается опущенная пилорическая часть желудка; поперечно-ободочная кишка определяется тотчас-же под пупком; слепая кишка и S-образная кривизна—расположены нормально. В стоячем положении ощупывается правая почка. Кровь, моча—N. T° за все время пребывания больного в клинике (10 дней)—N. RW.—отрицательна.

Таким образом мы имели случай правостороннего положения сердца, занимавшего в правой половине грудной клетки примерно такое-же положение, какое нормально расположенное сердце занимает в левой.

Отчего могло зависеть такое правостороннее положение сердца?

О полном извращенном положении внутренностей думать не приходилось, так-как мы могли обнаружить нормально-расположенными печень и части кишечника. Приходилось считаться с возможностью врожденной изолированной декстрокардии, однако, наличие в нижней части левой половины грудной клетки патологических данных, которые, естественно, следовало каким-либо образом связать с ненормальным положением сердца, склоняло нас к мысли о смещении сердца в зависимости от изменений в соседних органах.

Наиболее частой причиной смещения, является, как известно, выпотной плеврит, отодвигающий сердце в противоположную сторону и образование более или менее мощных, сморщивающихся плевральных отложений—шварт, оттягивающих сердце в больную сторону. Последнее предположение должно было быть отвергнуто, т-к. отсутствовали какие-либо указания на заболевание правой плевральной полости. Приходилось думать о левостороннем выпотном плеврите. И, действительно, изменения в нижней части грудной клетки слева, особенно сзади, где имелось выраженное притупление перкуторного звука наряду с отсутствием дыхательного шума, голосового дрожания и подвижности легочных краев, соответствовали признакам выпотного плеврита.

Вопрос мог быть решен помощью плевральной пункции. Однако некоторые данные заставляли нас откладывать производство этой пункции.

Не говоря уже об отсутствии общих явлений, повышения температуры, мы, при оценке данных физического исследования, должны были усумниться в наличии жидкости в плевральной полости. Трудно было связать столь значительное смещение сердца с сравнительно незначительным протяжением притупления, да и тимпанический характер этого притупления спереди не гармонировал с наличием в этом месте сколько-нибудь значительного количества жидкости. Это обстоятельство заставило нас воздержаться с производством плевральной пункции до получения данных рентгеновского исследования.

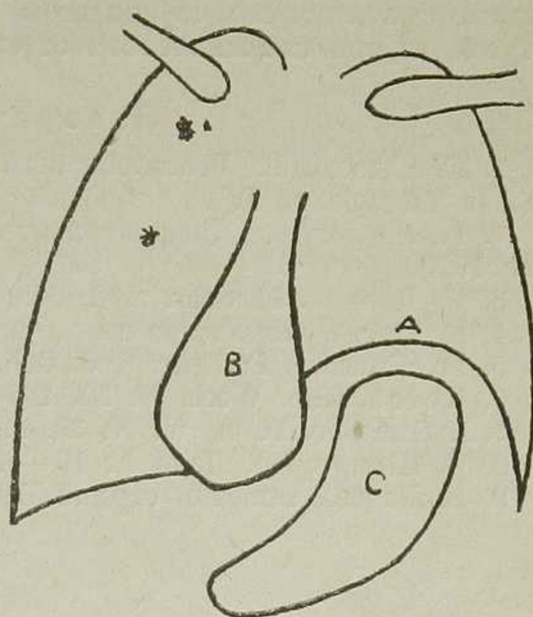
При рентгеноскопии, произведенной д-ром С. М. Лифшицем (которому и выражаем свою глубокую признательность), обнаружено, что диафрагма с левой стороны приподнята до 3-ьего ребра, при дыхании движется в нормальном направлении, но значительно слабее нормы. Сердце, размеры которого заметно не увеличены и mediastinum сдвинуты вправо. При наполнении желудка бариевой кашей ясно

вырисовывается под дугой диафрагмы другая дуга, принадлежащая желудку (см. схему). Широкие hilus'ы.

Эти данные дали основание диагносцировать relaxatio diaphragmatica и отстранили, естественно, мысль о производстве пробной плевральной пункции.

Впоследствии выяснилось, что наш больной был уже 2 года тому назад обследован рентгенологически доктором С. М. Лифшицем, причем оба исследования дали тождественные результаты.

Что касается причины relaxatio diaphragmatica в нашем случае, то этот вопрос должен остаться открытым. С одной стороны мы не можем исключить в нашем случае поражения n. phrenici (увеличенное притупление в области hilus'ов, широкие hilus'ы на рентгене, бывшее у больного нагноение шейных желез, очевидно, туберкулезнаго характера), а с другой — имеются некоторые основания думать о врожденном происхождении заболевания—выраженная Asthenia universalis congenita Stilleria у нашего больного (такую-ж астению мы обнаружили и у брата больного), то обстоятельство, что уже с раннего детства наш больной был слабым ребенком и, наконец, состояние сердца у нашего больного.



A – левосторонняя диафрагма
B – смещенное сердце
C – желудок

Как трактовать своебразный систологический шум? Характер шума, протяженность и локализация его, отсутствие акцента 2-го тона на легочной артерии, отсутствие заметного увеличения поперечника сердца (рентген) не дают основания для признания у нашего больного митральной недостаточности.

Исключительно своеобразный характер шума заставляет нас высказать предположение о наличии у нашего больного не часто встречающегося врожденного порока—дефекта перегородки желудочков—так называемой Maladie de Roger.

На основании одних только данных аускультации ряд авторов считает возможным диагностировать подобное заболевание (Roger, Feer, Müller, Blumenfeldt и др.).

Громкий, грубый, продолжительный, покрывающий всю систолу с одинаковой интенсивностью шум, с punctum maximum в верхней $^1/_3$ прекордиальной области, выраженное „кошачье мурлыканье“ частое отсутствие более или менее заметных расстройств общего состояния и физической работоспособности—характерные, по данным этих авторов, особенности при болезни Roger.

Данные исследования нашего больного полностью соответствуют этим особенностям. Предположение о наличии врожденного порока сердца у нашего больного тем более вероятно, что описан ряд случаев комбинации relaxatio diaphragmatica с другими пороками развития.

Но, конечно, диагностика подобного врожденного порока сердца, все-же остается предположительной.

Наш случай дает нам основание примкнуть к вышеприведенному мнению Szanto, что в каждом случае левостороннего базального притупления без лихорадки и одышки, но со смещением сердца вправо необходимо подумать о relaxatio diaphragmatica и производить плевральную пункцию лишь после рентгеновского исследования.

Воздержаться с производством плевральной пункции в нашем случае заставило нас, как это указано выше, и несоответствие между степенью смещения сердца вправо и протяженностью левостороннего притупления при тимпаническом оттенке его.

Литература.

1. E. Blumenfeldt. Ventrikelseptumdefekt. Kraus u. Brugsch's Spezielle Pathol. u Therapie. B. IV.
1. M. Виккер. Диафрагматит и диафрагмальный симптомокомплекс 1926.
3. Я. Диллон. Fortschr. a. d. Geb. D. Röntgenstr. B. 34. H. 5.
4. E. Feer. Руководство по детским болезням. 1913.
5. Fr. Krómeke, Fortschr. a. d. Geb. d. Rontgenstr. B. 35. H. 3. 1926.
6. Reich. Klin. Woch. № 32. 1926.
7. I. Szanto. D. m. W. № 38. 1925.
8. Я. Шпирт. Вр. Дело № 19—20 1925.
9. H. Yaques. Болезни сердца. 1927.

Опыты лечения заболеваний глаз фильтратом по Безредка.

(Из Глазной Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор Клиники проф. Каминский).

Н. А. Лосев.

Масса больных с различного рода воспалительными заболеваниями глаз, которые чрезвычайно трудно поддаются медикаментозному лечению, а иногда и вовсе не излечиваются, заставляют нас искать новых средств и новых путей в борьбе с этими заболеваниями.

В настоящее время широкий интерес среди врачебных масс, в частности среди офталмологов, вызывает лечение воспалительных заболеваний по способу Безредка.

Опыты Безредка и его сотрудников в достаточной степени дают теоретическое основание новой идее местного иммунитета, а появившиеся в последнее время многочисленные экспериментальные работы и клинические наблюдения не только в иностранной литературе (Carrer и др.), но и русской (Полев, Благовещенский и др.) подчеркивают глубокий интерес к учению Безредка и, вместе с тем, указывают нам на усиленные искания практического разрешения этого вопроса у постели больного. Для офталмолога особый интерес представляет местная иммунизация в области ряда глазных заболеваний, так как давно уже известно, что общий иммунитет имеет слишком небольшое значение для тканей глаза, на что отчасти указывает нам то, что даже раз перенесенное инфекционное заболевание одного глаза не предохраняет второй глаз от такого-же заболевания.

С выявлением роли, так называемых, рецептивных клеток (Безредка) при инфекции, открывается возможность понимать многие заболевания глаз в новом свете. Наиболее интересные опыты иммунизации тканей глаза впервые произвел Carrer на глазах морской свинки и кролика. Иммунизацию производил он двояким путем.

В первом ряде опытов стафилококковый фильтрат впускался в кон'юнктивальный мешок каплями (2 капли) через каждый час в течение 5-6 часов. На другой день вводился стафилококковый вирус в оба глаза, т. е. в иммунизированный глаз и в контрольный того-же кролика. В тех случаях, когда вирус вводился в роговую оболочку иммунизированного глаза, получался незначительный инфильтрат в роговице, который в течение 24—48 часов рассасывался и роговица приходила к норме. При введении же вируса в роговицу контрольного глаза развивался сильный гнойный воспалительный процесс (нарыв роговой оболочки), заканчивавшийся атрофией переднего сегмента глаза.

Введение вируса в переднюю камеру этого-же ряда животных вызывало воспалительный процесс, как в иммунизированном глазу,

так и в контрольном, но в первом процесс через два-три дня затихал, а в контрольном дело заканчивалось панофтальмитом.

Впрыскивание вируса в стекловидное тело давало в обоих глазах панофтальмит.

Во втором ряде опытов иммунизация производилась введением стафилококкового фильтрата субкон'юнктивально. При инфецировании роговицы, передней камеры и стекловидного тела получалась та-же картина, что и при иммунизации первого ряда, т. е. при вкапывании фильтрата в кон'юнктивальный мешок. Аналогичные опыты Carrer произвел с стрептококком и пневмококком. Результаты получились теже самые.

Среди русских работ необходимо отметить опыты проф. Полева и д-ра Микаэлян. Иммунизацию кон'юнктивы они производили субкон'юнктивальными впрыскиваниями стрептококкового или стафилококкового фильтрата в количестве 0,1 куб. сан. в течение двух дней. Инфекция производилась тем же путем, т. е. субкон'юнктивальным введением чистой бульонной культуры. В опытах со стрептококками в половине случаев иммунизированный глаз после заражения давал легкий кон'юнктивит и точечные инфильтраты, которые через два дня исчезали. Контрольный глаз после заражения был сильно гиперемирован в первые дни, а потом образовывался абсцесс. Опыты со стафилококком не столь демонстративны, но все-же предохраняющее действие антивируса было ясно заметно. Иммунизация роговицы производилась оспенной вакциной в разведении 1:50, инактивированной при 60° в течение одного часа—тоже субкон'юнктивальными впрыскиваниями. Опыт показал, что роговая оболочка может быть иммунизирована в довольно короткий срок.

Иммунизация стафилококковым антивирусом роговицы (опыты Полева и Завальской) против экспериментального фликтенулеза также дала вполне положительные результаты.

Д-р Благовещенский поставил целый ряд опытов на морских свинках, при чем опыты велись параллельно, т. е. один глаз предварительно иммунизировался, потом заражался, а второй предварительно заражался (золотистый стафилококк), после чего лечился фильтратом.

Инфецированные роговицы чистой культурой золотистого стафилококка на второй день давали инфильтрат, который в глазу, пользованном антивирусом, быстро рассасывался, между тем в контрольном глазу процесс увеличивался и в конце концов заканчивался помутнением всей роговицы. Заражение иммунизированной роговицы оканчивалось весьма легким помутнением.

Дальнейшие наблюдения над действием фильтрата в передней камере показали, что как в случае с предварительной иммунизацией, так и в случае предварительной инфекции с последующим лечением фильтратом получался панофтальмит в обоих глазах, но в контрольном процесс протекал во много раз бурнее.

Если фильтрат вводился в стекловидное тело (0,2 куб. сант.), а через 48 часов впрыскивалась чистая культура стафилококка (0,1 к. с.), то в обоих глазах развивался панофтальмит с разницей в характере поражения, т. е. в иммунизированном глазу не было столь сильных разрушений, как в контрольном.

Результаты этих опытов показывают нам, что полученный таким путем местный иммунитет строго специфичен и подтверждает взгляд Безредко на тканевое сродство к определенному вирусу.

Имея намерение приступить к клиническим наблюдениям у постели больного над действием фильтрата, я решил прежде лично

убедиться в действии фильтрата на лабораторных животных. Для этой цели мною было поставлено два ряда опытов на кроликах по иммунизации роговой оболочки и кон'юнктивы пневмококковым и стрептококковым фильтратом, результат которых я и позволю себе вкратце сообщить.

Первый ряд. Взято четыре кролика. Первым двум иммунизировал левый глаз в течение трех дней, каждый день в кон'юнктивальный мешок вливал пневмококковый фильтрат в количестве 5—10 капель. Правый глаз оставался контрольным. На 4 день от начала иммунизации обоим кроликам на обоих роговицах ножом Grefae сделал глубокие надрезы, а затем инфецировал рану бульонной культурой пневмококка (посев взят у больного с типичным alcus serpens). На второй день в контрольном, т. е. в правом глазу получилась умеренная перикорнеальная гиперемия, помутнение роговицы с инфильтрацией вокруг надрезов. В левом глазу, кроме легкого помутнения в области надрезов, изменений не было. На 3-й и 4-й дни процесс в роговице правого глаза прогрессировал и к 6-му дню захватил всю роговицу hypopyon в передней камере и сильным отеком кон'юнктивы. В левом глазу на 4-й день помутнение начало уменьшаться и к концу остались только легкие рубчики по линии надрезов. При бактериоскопическом исследовании в мазке найден пневмококк и стафилококк.

Кроликам №№ 3 и 4 иммунизацию кон'юнктивы и роговицы производил тем-же путем, но вирус вводил субкон'юнктивально по 0,5 к. с. в каждый глаз. На 2-ой и 3-ий день развилась сильная гиперемия кон'юнктивы, на правом интенсивнее, чем на левом. В дальнейшем гиперемия начала уменьшаться и к концу недели кон'юнктива приняла нормальный вид в обоих глазах.

Второй ряд. Взято также 4 кролика. Кроликам №№ 5 и 6 иммунизировал роговицу так-же впусканием капель стрептококкового антивируса в кон'юнктивальный мешок в течение 3-х дней. Роговицу обоих глаз инфецировал, после скарификаций ножем Grefae, чистой культурой стрептококка, любезно предоставленной мне Пастеровским Институтом.

Наступившее нежное помутнение роговицы и весьма небольшая перикорнеальная гиперемия на иммунизированном глазу через четыре дня совершенно прошли. В контрольном глазу инфильтрат с каждым днем усиливался, появилась сильная перикорнеальная гиперемия, отек роговицы и, наконец, гнойный процесс переднего отдела глаза.

Остальным двум кроликам (№№ 7 и 8) кон'юнктива левого глаза иммунизировалась стрептококковым антивирусом при помощи субкон'юнктивальных впрыскиваний в размере 0,5 куб. сан. ежедневно в течение трех дней.

Культура стрептококка введена под кон'юнктиву иммунизированного и контрольного глаза (0,5 куб. сан.). В результате инфекции к второму дню развилась довольно сильная кон'юнктивальная гиперемия на всех глазах, исчезнувшая к 5-му дню со дня заражения.

Мои экспериментальные наблюдения в случаях введения вируса при помощи нарушения целости роговичного эпителиального покрова вполне совпадают с данными других исследователей. Что касается случаев, когда вирус вводился под кон'юнктиву, то полученные результаты моих наблюдений отличаются от результатов в опытах проф. Полева.

К сожалению, расширить опыты и продолжить их не удалось, пока, за недостатком лабораторных животных и крайне ограниченного количества антивируса, доставленного мне из Московского Экспери-

ментального Института, вследствие чего и выводы делать из моих немногих наблюдений представляется невозможным.

Переходя к клиническим наблюдениям над действием фильтрата, мы видим, что он в настоящее время применяется почти во всех клиниках. Все до сих пор опубликованные наблюдения, за весьма немногими исключениями, говорят об успешном действии фильтрата при многих гнойно-воспалительных процессах. Так, Carrer наблюдал действие фильтрата в случаях стрептококкового и пневмококкового поражения слезного мешка, при ранениях роговицы и язвенных блефаритах—всюду результат прекрасный. Проф. Полев также наблюдал улучшение процесса при дакриоциститах, но излечения не видел; при язвенном-же блефарите действие очень хорошее.

Д-р Благовещенский применял комбинированное лечение язв роговой оболочки (разрез по Semisch'у и компрессы из фильтрата с предварительным впрыскиванием его в переднюю камеру). Во всех случаях процесс заканчивался более быстро, чем при обычном лечении без фильтрата. Действие фильтрата при язвенных блефаритах и других воспалительных заболеваниях век он видел безусловно удовлетворительное. Менее удовлетворительные результаты получены Березинской при лечении язвенных блефаритов и отрицательные при воспалениях слезного мешка. Весьма отрадные результаты получены Ковтуновичем и Пальчевской при лечении остеомиелитов, маститов и многих различных гнойных поражений кожи. Все вышеотмеченные авторы применяли фильтрат исключительно ввиде промываний и компрессов на пораженные места. Интересны наблюдения д-ра Кисина над действием фильтрата в мазевой форме. Он пользовался пальнебральной серией стафилококкового антивируса, приготовленного из штаммов стафилококка различных клинических форм заболевания век. Наблюдения производились, главным образом, над лечением язвенных блефаритов. Действие в большинстве случаев получалось хорошее при большом удобстве пользования мазью.

Мною произведены наблюдения на материале в 62 человека. Для этой цели были подобраны самые тяжелые случаи, где лечение проводилось уже много лет без всякого успеха. Прежде чем приступить к лечению больных, я производил бактериологическое (иногда бактериоскопическое) исследование волосянных луковиц пораженных мест и отделяемого (посевы делались на бульоне и агаре), по выяснении вируса приступал к лечению лабораторным фильтратом, полученным мною из Московского Экспериментального Института. Весь материал, попавший под мое наблюдение, разделялся на три основных группы: 1) язвенные блефариты—39 чел.; 2) дакриоциститы—13 чел., 3) язвы роговой оболочки и др.—10 чел. При язвенных блефаритах края век очищал самым тщательным образом: корки удалялись бензином, ресницы эпилировал, пустулы вскрывал, потом всю поверхность протирал (тампоном) шариком ваты, пропитанным 2 проц. раств. борной кислоты. Затем в течение 2-3-х часов через каждые 20 минут вводил специфический фильтрат в кон'юнктивальный мешок и на край пораженного века, после чего накладывал компресс из фильтрата, при чем особенное внимание обращалось на то, чтоб компресс вплотную прилегал ко всей пораженной части кожи и в первую голову по переднему ребру век. Компресс имел тип согревающего, т. е. на верх влажной марлевой салфетки накладывал листок парафиновой бумаги, потом глаз забинтовал на 6-7 часов. Компрессы накладывал ежедневно в течение 5 дней.

В случаях дакриоцистита компресс не применялся. После предварительного промывания мешка физиологическим раствором поваренной соли, вводил в мешок специфический антивирус в количестве 0,5 к. с.; до следующего дня никаких мероприятий не применял.

Язвы роговицы лечил впусканием антивируса пипеткой через 2-3 ч. Все больные с язвенным блефаритом по характеру поражения век разделены мною на две группы. К первой группе относятся случаи сравнительно легкого блефарита, т. е. случаи с продолжительностью заболевания не более одного года, с небольшим инфильтратом кожи и почти нормальной кон'юнктивой. Роговица у больных данной группы в процессе не участвовала. Всего больных этой категории наблюдал 16 человек.

При бактериологическом исследовании всегда находил золотистого стафилококка и только у 3-х больных был найден белый стафилококк и у одного диплобацилл Morax-Axenfeld'а. У 14 больных после двух-трехкратного применения компресса можно было видеть уменьшение количества корок, кожа становилась бледнее и мягче. В шести случаях на второй день после компресса количество пустул сильно увеличивалось, но аккуратное опорожнение их, удаление остатка ресниц и повторение компресса приводили к эпителизации язв с рассасыванием инфильтрата. Через 10—14 дней кожа принимала нормальный вид. К концу лечения 8 чел. получили полное излечение без рецидива в течение 4-5 месяцев; 6 человек получили значительное улучшение, но инфильтрат не совсем рассосался и легкое экзематозное состояние век поддерживается до настоящего времени; 2 человека улучшения не получили.

Ко второй группе язвенного блефарита, т. е. к группе тяжелого стафиломикоза (всего больных 8 человек) пришлось проявить больше настойчивости и терпения, пока терапия дала положительный результат. Все лица данной категории страдали весьма продолжительное время (от 1 до 5 лет) и испробовали все методы медикаментозного лечения, вакцинотерапию и частично рентгенотерапию. 6 человек в детстве страдали эксудативным диатезом; в настоящее время четверо из них страдают длительным нарушением желудочно-кишечных отправлений.

Лечение осложнялось чрезвычайно скептическим отношением больных к новому методу, вследствие чего трудно было провести систематическое применение антивируса и наблюдение. В посевах этой группы больных найден золотистый стафилококк (5 чел.) и белый стафилококк (3 чел.). Для того, чтоб подчеркнуть эффект действия антивируса у данной группы больных, я позволю себе привести здесь несколько кратких историй.

Больная П. 22-х лет, рабочая колбасной фабрики. Страдает Blepharoconjunctivit'ом 14 месяцев. Несмотря на энергичное медикаментозное лечение в течение года, процесс прогрессирует. В последнее время больная нетрудоспособна и врачебно-контрольной комиссией ЦРА направлена в Москву. Сама больная просила энуклеировать больной глаз. Status praesens: O. S. Края век и кон'юнктива сильно отечны и инфильтрированы; нижнее веко значительно вывернуто. По всему краю век (переднее ребро) большое количество язвочек и пустул. Из кон'юнктивального мешка выделяется огромное количестве гнойного эксудата. Слезный мешок удален $1^1/_2$ года тому назад по поводу гнойного дакриоцистита. Бактериоскопическое и бактериологическое исследования показали присутствие гноеродных стафилококка и стрептококка.

3-VI—26 г. Первый раз применен антивирус (Поливалентный стафилококк и стрептококковый) в виде капель в кон'юнктивальный мешок через каждые 20 мин. в течение 4-х часов, потом компресс на 6 часов.

4-VI. По переднему ребру век количество пустул увеличилось; обильное выделение эксудата. Лечение повторено.

5-VI. Отделяемое приняло более слизистый вид и уменьшилось в количестве. Пустул мало. Некоторые язвочки начинают рубцеваться. Лечение то же самое.

10-VI. Края век совершенно чисты, инфильтрат значительно рассосался. Кожа принимает нормальный вид. Выделение эксудата из кон'юнктивального мешка прекратилось.

Компресс повторен.

14-VI. Кон'юнктива слегка гиперемирована, края век чисты и гладки, легкое слезотечение. Больной назначена желтая ртутная мазь.

Контроль в течение 4-х месяцев. Больная здорова, работает на прежней службе.

Больной Д., 30 лет. Служащий. Страдает 6 лет язвенным блефаритом.

Кроме поражения век у больного довольно сильно поражена волосистая часть лица (sycos). Кожа инфильтрирована в сильной степени. Имеется огромное количество пустул и язвочек. Лечился все время медикаментозно. Бактериологическое исследование дало культуру золотистого и белого стафилококка.

20-VI—26 г. Ресницы удалены эпиляционным пинцетом; пустулы вскрыты. Положен компресс из поливалентного стафилококкового фильтрата на края век и на бороду. В кон'юнктивальный мешок фильтрат впущен 3 раза через каждые 30 минут.

21-VI. Вновь образовавшихся пустул также много, как и раньше. Вторично очищено пораженное место и положен компресс на 7 часов.

22-VI. Пустул меньше. Экзематозное раздражение кожи. Опять компресс на 7 часов.

23-VI. Пустул мало. Инфильтрат кожи и экзематозное раздражение сильны.

24-VI. Пустул нет. Сильное экзематозное раздражение. Больной жалуется на чувство жжения. Компресс отменен. Кожа бороды смазана пастой Лассара. Края век смазаны желтой ртутной мазью.

25-VI. Кожа бледнее стала. Язвочки поджили. Лечение то же.

28-VI. Инфильтрат рассасывается. Язв нет.

2-VII. Умеренный инфильтрат и краснота держатся. Кожа гладка и чиста. Больной находится под наблюдением в течение двух месяцев. Рецидива не было.

В остальных шести случаях последней группы также хороший успех, хотя и не такой демонстративный, как в приведенных только что двух.

Особое место занимало наблюдение над действием антивируса в мазевой форме. Ценя простоту способа, предложенного д-ром Кисиным, я приготовил мазь из поливалентного стафилококкового фильтрата (15 проц., 30 проц. и 45 проц. мазь) на безводном ланолине с вазелином. Наблюдения проведены над 15-ю больными с различной степенью поражения края век и различной продолжительностью течения болезни. Первые результаты, так сказать непосредственные, вполне хороши: язвочки быстро подживали, пустулы вновь не появлялись, кожа становилась мягче, но гиперемия все время упорно держалась. При дальнейшем наблюдении, как только мазь отменял, наступал

полный рецидив с таким-же большим количеством язв и пустул, как и до применения мази. Кроме того, необходимо отметить, что через 4-5 дней мазь начинала портиться, т. е. в ней заметно было прорастание бактериальных колоний.

Таким образом в моих наблюдениях оказалось, что действие антивируса при язвенных блефаритах в случаях применения его в форме компресса в большинстве (около 66 проц.) вполне положительно; приблизительно в 20 проц. заметное улучшение процесса и только в 14 проц. без всякого улучшения.

При этом способе лечения результат моих наблюдений совпадает с данными других авторов. Отрицательный результат у некоторых больных частью можно об'яснить наличием у них смешанной инфекции, отсутствием непосредственного наблюдения во время ношения компресса (больн. амбулаторные) и главное недостатком антивируса. Для одного компресса приходилось употреблять один куб. сан. фильтрата, что, конечно, слишком незначительно для хорошего увлажнения марлевой салфетки. Результаты лечения мазью резко расходятся с результатами д-ра К и с и н а. Делать определенный вывод о действии мази еще нельзя, так как для мази мною применен был антивирус другой серии, которая не была мной проверена или сравнена с первой серией по действию на больных в форме компресса.

Считаю необходимым отметить благоприятный исход лечения в двух случаях, где мной применена была поливалентная стафилококковая вакцина вместо фильтра. Больные страдали язвенным блефаритом больше года и обратились ко мне в то время, когда под рукой не было фильтрата.

Не желая терять больных, я решил использовать вакцину. Перед наложением компресса вакцина была подогрета до 60°. На другой день компресс был повторен. На третий день, к моему удовольствию, я увидел, что язвы начали рубцеваться, пустул у основания ресниц мало и кожа приняла более бледный цвет. Лечение продолжалось 6 дней. К концу недели один больной имел совершенно чистую кожу края век, инфильтрат видимо рассасывался; у другого больного так же процесс улучшился, но фолликулит в незначительной степени поддерживался. Через месяц первый больной явился в амбулаторию показать себя и был совершенно здоров. У второго через 3 недели рецидив.

Результаты лечения хронически катаррального воспаления слезно-носовых путей не так утешительны, даже более, почти отрицательны. У больных, где проходимость слезно-носового канала была хоть немного сохранена или восстанавливалась после первых приемов зондирования, введение фильтрата в мешок давало кое-какое улучшение, а именно: после четырех и пяти промываний мешка фильтратом, количество гнойного эксудата уменьшалось, он становился более слизистым. Наблюдения велись над больными в 8 случаях катаррального дакриоцистита с весьма ограниченной проходимостью слезно-носового канала. В посеве у 4-х больных выросли пневмококки и золотистый стафилококк, у 3-х больных стафилококк золотистый и белый и у 1 больного стафилококк золотистый и неизвестная палочка. К концу второй недели лечения совершенно прекратилось выделение эксудата только у одного больного, в остальных 7 оно продолжалось, хотя и в меньших размерах. Контрольный осмотр через три недели показал, что двое больных из 8 жалуются на слезотечение, гной из мешка не выдавливается, канал трудно проходим, а в остальных 6 процесс развивался попрежнему. Здесь отрицательный результат об'ясняется непроходимостью слезно-носового канала, что ведет к застаиванию слезы в слезном

мешке, ее разложению и обильному развитию бактериальной флоры. Устранить рубцовое сужение канала на почве старых воспалений фильтрат, конечно, не может. Дальнейшее наблюдение над больными с полной непроходимостью слезно-носового канала и с флегмонозным воспалением тканей вокруг мешка показали, что антивирус в таких случаях совершенно бесполезен. У нас было под наблюдением с такого характера поражением пять человек., всем им пришлось удалить слезные мешки оперативным путем. Совершенно ясно, что здесь ожидать успеха от антивируса в еще большей степени нельзя, чем у больных с ограниченной проходимостью слезно-носового канала. Грубые анатомические изменения кладут предел всем методам лечения.

Наблюдение над действием фильтрата при язвах роговицы производилось у 10 больных. Поражения роговой оболочки по частоте заболевания и по исходу занимают центральное место у лечащего врача, а потому естественно, что особый интерес было видеть действие фильтрата у данной категории больных.

К великому сожалению в клинику приходят больные с язвой роговицы тогда, когда процесс захватывает всю роговицу, вовлекает радужку и т. д., вследствие чего и лечение антивирусом в чистой форме провести не удалось, так как характер поражения требовал немедленного применения других методов, как-то: прижигание и разрез по Semisch'у. Все-же надо отметить, что у наших больных с комбинированным лечением процесс быстрее заканчивался, чем у лиц без применения фильтрата.

Одновременно с этим я не могу не упомянуть о двух больных, которые поступили в клинику по поводу старческой катаракты и в кон'юнктивальном мешке которых в течение полутора месяца находили пневмококка, что не давало возможность их оперировать.

Мной был применен пневмококковый фильтрат (пять дней по 5-10 капель утром), а через неделю в посеве пневмококка не оказалось. В контрольном посеве через 6 дней пневмококк опять не вырос. Оба больные были оперированы, послеоперационный период прошел совершенно без осложнений.

Подводя итог нашим клиническим наблюдениям, приходится констатировать хороший успех при лечении язвенных блефаритов, отрицательный при дакриоциститах, ободряющий при язвах роговицы и при профилактическом применении фильтрата перед экстракцией старческой катаракты.

Суммируя данные литературы и наши наблюдения, я считаю, что период опытных наблюдений в области местной иммунизации тканей глаза далеко не закончен, следовательно нельзя сделать твердых выводов, правил, на которые можно было-бы опереться при практической работе у больного. Клинических наблюдений также недостаточно для решения вопроса местной иммунизации глаза; имеющиеся результаты разноречивы и мы не можем в каждом отдельном случае сказать отчего зависит успех или неудача. Зависит-ли это от жизненных свойств микроба или от конституции больного или просто секрет скрыт в качестве приготовленного фильтрата и метода его применения.

Отсутствие определенных выводов требует продолжения как экспериментальных, так и клинических наблюдений, а также разработки метода применения антивируса при заболеваниях глаз.

В настоящее время у нас клинические наблюдения ведутся над действием фильтрата, приготовленного уже Пастеровским Институтом Белорусского Государственного Ун-та, результатами которых мы будем рады в свое время поделиться.

В заключение выражаю благодарность проф. Каминскому за руководство работой.

Литература.

1. Безредка А. М. Местный Иммунитет. Монография (Париж).
2. Микаэлян и Полев. Медиц. Арх. Крым. Ун-та, 1925 г., т. 2.
3. Полев и Завальская. Ibid. т. 2, № 1.
4. Ковтунович и Пальчевская. Врачебное дело № 12-14, 1925 г. (отд. оттиск).
5. Полев. Киевский Мед. журн. №№ 3—6, 1922 г.
6. Бурденко. Новая Хирургия, 1925 г., № 1.
7. Carrere. Ann. de Inst. Pasteuer, 1925 г., № 1.
8. Кисин. Русс. Офтал. журн. 1926, № 5 и Врач. газ. 1925, № 21.

Отдаленные последствия операции Interpositio uteri по Schauta-Wertheim'y.

(Из Наровлянской районной больницы Мозырского округа).

К. Ф. Гродзицкий.

Из многочисленных способов фиксаций выпадающих половых органов, я имею в виду остановиться на одном, а именно на операции interpositio uteri по Schauta-Wertheim'y, хотя по существу дела приоритет этой операции должен принадлежать доктору С. А. Александрову из Смоленска. Сущность операции заключается в том, что, отсепарованная от пузыря и вывихнутая через сагитальный разрез переднего свода матка фиксируется швами в разрезе впереди мочевого пузыря. Таким образом, матка является, как бы опорой для мочевого пузыря, а с другой стороны—фиксированная к пузырю к разрезу переднего свода матка удерживается в новом положении и не может ретрофлектировать, шейка уходит высоко в задний свод и натягивает его. К этой операции обычно, по предложению Шаута, присоединяется кольпоперинеорафия. В детородном возрасте необходимо отделение и перевязка труб с целью стерилизации. В первые же годы своей разработки, операция эта приобрела много сторонников, но и также много противников. К числу последних принадлежит и сам проф. Д. О. Отт, называющий ее в своей „Оперативной гинекологии" противоанатомической, нарушающей нормальные взаимоотношения органов в тазу. Ле'Вит указывает на кровотечения, образование гематом и лихорадящее течение послеоперационного периода. Stoeckel также указывает, что во время операции бывает трудно справиться с кровотечением, но образования гематом он не наблюдал. В периоде выздоровления бывали расстройства мочеиспускательной функции. За то он считает операции Шаута-Вертгейма наилучшим способом для лечения выпадений матки и особенно ее рекомендует для женщин пожилого возраста, так как она технически проста и не опасна. Что же касается непосредственных результатов в смысле рецидива пролапса, то статистика различных авторов различна. Шаута, присоединяющий к операции кольпоперинеорафию, насчитывает 22,1 проц., Брезе только 15,6 проц., Вестмарк 36,4 проц. Что же касается отдаленных результатов после операций в смысле наступления беременности, то такой статистики в доступной мне литературе, за исключением двух случаев Эша, я не встречал, а потому позволил себе опубликовать случай беременности после операции Шаута-Вертгейма, наблюдавшийся во вверенной мне больнице.

История болезни № 413 от 28 августа 1925 года. В ночь 27 на 28 августа врач был вызван на роды в деревню К—у к роженице К. Д—ой, 24 лет, у которой, по словам, приехавших родственников, начались преждевременные, на 7 месяце, роды. Причем, когда начались схватки, появилось сильное кровотечение и задержка мочи.

По прибытии на место представилась следующая картина: роженица лежит в постели, бледна, с испуганным лицом, пульс 108—112 в минуту, вся постель и рубаха в крови и в кровяных сгустках, мочевой пузырь растянут почти до пупка и резко болезнен при ощупывании. Эластическим катетером спущена большая миска мочи и приступлено к осмотру роженицы. Матка несколько неправильной формы, дном доходит на два пальца выше пупка, предлежащие части не определяются—там как будто пустое место. Положение плода косое, головкой, повидимому, в сторону левого подреберья. Тоны плода ясно выслушиваются влево и кнаружи от пупка. При исследовании через влагалище отмечена высокая промежность как после пластики, а при введений внутрь ни одним, ни двумя пальцами нельзя отыскать шейки матки. Пришлось ввести всю руку во влагалище и высоко в заднем своде, сильно растянутом и болезненном обнаружена плотная шейка, зевом обращенная кверху в брюшную полость. Зев с трудом пропускает палец, но предлежащей части определить не удалось и вообще манипуляции в заднем своде с шейкою резко болезненны. Схватки редки и очень сильны, с каждой схваткой появляется умеренное кровотечение и передняя стенка влагалища выпячивается в виде шарообразного тела. Таз нормальный, со стороны сердца и легких никаких отклонений не обнаружено. При расспросе роженицы удалось выяснить, что у нее 4-ые роды, рожала всегда легко, но при третьих родах был большой разрыв, после чего у нее стала выпадать матка и пузырь. Она обратилась в Мозырскую окружную больницу и ей сделали какую то операцию и, кроме того, сделали так, чтобы больше не было детей. Когда забеременела, не знает, так как кормила ребенка. Анамнез роженицы пролил некоторый свет на диагностические сомнения. Стало ясным, что роженице была сделана операция Шаута-Вертгейма по поводу пролапса матки со стерилизацией. Высокое положение шейки в заднем своде, изменение правильной конфигурации матки и выпячивающее шаровидное тело передней стенки влагалища являлись об'ективными данными, подтверждающими наше положение.

При таких условиях роды не могли быть закончены естественным путем и единственным выходом из положения было классическое кесарское сечение. Родным была об'яснена вся серьезность положения и предложена операция. По получении согласия, вложен плотный тампон, и роженица направлена в Наровлянскую районную больницу. Через пять часов роженица была доставлена с промокшим насквозь тампоном, пузырь опять наполнен мочей—в общем состояние прежнее. Роженица повторно обследована, зев еле пропускает палец, движения плода резки и болезненны, тоны плода хорошо прослушиваются влево кнаружи от пупка, пульс 112. В виду тяжелого состояния и продолжающегося кровотечения немедленно приступлено к операции.

Операция под хлороформенным наркозом.

Обычный послойный разрез по белой линии на два пальца выше пупка и вниз на четыре пальца выше лобка, из боязни поранить пузырь. По вскрытии брюшины, представилась матка с припаянным в двух местах сальником, вывести матку в рану не удалось, поэтому продольный разрез в 12 сантиметров сделан in situ.

Разрез хотя и производился спереди, но пришолся по задней стенке матки, сильно растянутой и утонченной. По вскрытии матки излились воды и извлечен живой плод, женского пола, около 7 месяцев,—по беглому осмотру нежизнеспособный. Затем удален послед с оболочками, матка выведена в рану—кровотечение умеренное. Полость матки при осмотре как бы состоит из двух частей с нерезким

сужением между ними. В верхней большей части в косом положении помещался плод, в нижней меньшей находился целиком предлежавший послед, отслаивающийся при каждой схватке и дававший кровотечение наружу. На стенку матки наложен трех‘этажный шов—мышечный, серозно-мышечный и серозный. При осмотре труб обнаружены рыхлые спайки и сужение у маточного конца с правой стороны, с левой же стороны труба нормальна. Зонд проходил обе трубы. Наступила остановка дыхания и падение сердечной деятельности. После искусственного дыхания и ин‘екции кофеина дыхание стало опять ровным. Так как пульс роженицы был слабого наполнения, от повторной стерилизации пришлось воздержаться и приступить к зашиванию брюшной стенки. Брюшная рана зашита обычным трех‘-этажным швом. Больная уложена в постель, согрета, влито 800 куб. сант. физиологического раствора и назначены ин‘екции камфорного масла через три часа. В послеоперационном периоде, можно отметить, задержку ветров и некоторое вздутие живота в первые два дня.

После нескольких впрыскиваний атропина явления эти исчезли и стул стал произвольным. Учащение пульса было до пятого дня, повышения температуры не было, послеродовые выделения без задержки и в норме. Мочу пришлось спускать систематически катетром до 6 дня, пока матка не сократилась до об‘ема трех месячной беременности. Младенец, взятый родными домой, умер на пятый день. На восьмой день сняты швы—первичное натяжение, на 9 день во время еды моментальная смерть, вероятнее всего от эмболии легочной артерии. По наведенным мною справкам в Мозырской окружной больнице 23 августа 1924 года ей сделана операция (доктор медицины Абрамович) interpositio uterino Schauta-Wertheim‘y, с кольпоперинеорафией и со стерилизацией труб. Стерилизация произведена следующим образом: между лигатурами труба перерезана, маточный конец сложен в виде петли и прикрыт широкой связкой, для швов употреблялся кетгут.

В описанном мною случае интересны два момента: 1) восстановление проходимости труб после стериализации и 2) механизм развития беременности при ненормальных анатомических соотношениях и самый механизм родов. Что касается первого момента, мы можем отметить короткий промежуток, прошедший от времени стерилизации до момента наступления беременности. Такое быстрое восстановление в течение пяти месяцев проходимости труб может быть об‘яснено употреблением скоро рассасывающегося материала для швов—кетгута. О том, что после стерилизации труб, сделанной тем или иным способом, наступает восстановление проходимости, в литературе имеется достаточно указаний, и этим же об‘ясняется тот факт, что различные авторы различным образом видоизменяют детали этой операции. Начиная от простой перевязки трубы до резекции куска трубы с погружением концов в parametrium и клиновидной эксцизии труб, далеко нельзя быть уверенным, что через некоторый промежуток времени не восстановится проходимость, и прав проф. Строгонов, который указывает „что даже стерилизация путем резекции труб с погружением культей в параметрий не достигает цели и не гарантирует от новой беременности“.

Самым надежным способом стерилизации бесспорно является клиновидная эксцизия труб, хотя некоторые авторы указывают на кровоточивость операции и обезображивание матки. Осмотр труб в нашем случае показал некоторые изменения в правой и полное восстановление левой трубы. Еще один раз воочию можно было убедиться, какой

регенеративной способностью обладает организм после хирургического вмешательства. Далее факт наступления беременности, развитие ее и механизм родов являются другим интересным моментом описываемого случая.

Как я уже упомянул, в доступной мне литературе, имеются два случая беременности после операции Шаута-Вертгейма, описанные Esch'ем. Первая беременность после операции окончилась выкидышем на третьем месяце, а вторая беременность была осложнена задержкой мочи и болями при мочеиспускании и окончилась кесарским сечением. Развитие беременности, вернее увеличение об'ема матки, происходит за счет растяжения задней стенки, передняя же стенка очень мало принимает участия в увеличении матки.

Характерным является также трудность раскрытия зева. Начавшиеся схватки, предлежащий послед и связанное с отслойкой его кровотечение заставили нас вмешаться и отказаться от дальнейшего выжидания и наблюдения, но сама логика подсказывает, что если бы и произошло полное раскрытие зева, обращенного кзади и кверху, головка бы уперлась в promontorium, плод родиться не мог бы и роды закончились бы разрывом задней стенки, сильно истонченной и принимавшей активное участие в механизме родов. Выпячивающееся с каждой схваткой шаровидное тело есть часть передней стенки матки и дно наполненного пузыря. Находящаяся в ненормальных анатомических взаимоотношениях матка, сильно перекинутая кпереди и фиксированная к пузырю, при постепенном увеличении об'ема, являлась механическим препятствием при мочеиспускании. И вот почему, при обратной инволюции, когда матка почти дошла до нормы, мочеиспускание стало совершенно свободным.

Хотя одного случая недостаточно для того, чтобы делать те или иные выводы, тем не менее некоторые заключения напрашиваются сами:

1. При оперативном лечении пролапсов в детородном возрасте на операцию Schauta-Wertheim'a нужно решаться только в крайних случаях, ибо, как бы тщательно и не была сделана стерилизация, нет никакой гарантии, что проходимость труб современем восстановится.

2. Стерилизацию необходимо производить путем клиновидной эксцизии труб, как способом более верным и надежным.

Лечение кожного рака (Ulcus rodens) формалином.

Д-р И. Я. Шабунин.

(Орша).

Быть может предложение еще одного способа лечения будет сочтено за излишнее загромождение медицинской литературы, но уже одна повсеместная доступность способа мне кажется оправдывает эту попытку.

Наиболее частая форма кожного рака (Ulcus rodens)—раз'едающая язва кожи (Дарье, Гейнац)—встречается на свободных от одежды поверхностях кожи, главным образом, на лице; заболевание настолько характерное по виду, что сравнительно редко смешивается с другими, почему нет надобности останавливаться на ее описании.

При лечении больные с Ulcus rodens попадают к разным специалистам: по кожным болезням, к окулистам, если язва на веке, к хирургам, если соглашаются на оперативное лечение. Отсюда и обилие предлагаемых способов лечения: прежде всего, конечно, применяются разного рода мази, присыпка—aristol—едкие пасты и другие прижигающие вещества, напр. д-р Garino (Рим) предложил смесь 4,0 сулемы с 10,0 дымящейся азотной кислоты; далее выжигание термокаутером—метод, применявшийся даже при обширных раковых поражениях (Maninger, Н. Н. Петров, Некрасов); мною в нескольких случаях применялся этот способ, получалось заживление язвы, но наблюдались и рецидивы.

Успешные результаты достигнуты также вымораживанием язвы снегом угольной кислоты CO_2 (д-р Терентьев).

В прошлом 1925 году предложено (Rathehein) сочетание нескольких прижигающих средств под названием Piotropin I и II, действующее якобы избирательно лишь на больные ткани. Заживление хорошее после 3-8 прижиганий, но наблюдались колоидные рубцы.

Ободряющие результаты дает лечение радием; первые опыты произведены Danlos в 1901 г. с хорошими результатами; в последнее время применяется лечение эманацией радия (проф. Н. Н. Петров), которая при 8 часовом действии дает гладкое заживление язвы; конечно, этот метод лечения, как совершенно безболезненный, должен считаться наилучшим, так как радий повидимому действует не только губительно на больные ткани, но также возбуждает сопротивляемость здоровых тканей.

Накопившиеся многими авторами наблюдения говорят, что все таки и от радия излечение получается тоже не во всех случаях: так, по Werner'у радий дает 90 процентов излечений. В то же время могут, оказывается, быть и рецидивы спустя даже долгое время (от 8 мес. до 5 лет); наприм., Альман наблюдал из семи своих случаев кожного рака век рецидив в шести случаях; встречаются и ухудшения, которые

быть может зависят от недостаточной дозы лучей или недостаточно умелого их применения.

Во всяком случае общее заключение таково, что в радие мы имеем могучее средство для борьбы со злокачественными образованиями, и в нем хирургия имеет сильного пособника.

Само собой разумеется, что этим не умаляется значение хирургических способов лечения, в косметическом отношении не всегда, правда, дающих блестящие результаты.

Что касается больных, то и они весьма часто отказываются от хирургического вмешательства и предпочитают годами лечиться наружными средствами без успеха. К тому же и лечение радием пока что возможно лишь в крупных центрах, куда не всякий больной может попасть.

Все это, конечно, ставит в затруднительное положение провинциальных врачей и больных, почему и понятно стремление подыскать какое-нибудь общедоступное средство.

Свое внимание я остановил на формалине, как сильном дезинфецирующем, прижигающем и уплотняющем ткани средстве, кроме того, кстати сказать, обладающим и надежным кровоостанавливающим действием даже в слабых 1-2 проц. растворах.

Для лечения Ulcus rodens мной применен неразведенный формалин (т. е. 40 проц. раствор формальдегида). Берется очень тонкий слой гигроскопической ваты так, чтобы им можно было покрыть всю раковую язву, смачивается в формалине, отжимается, чтобы не было потеков и накладывается на язву, предварительно очищенную от корочек и отделяемого; никакой повязки не накладывается; как оказывается формалин обладает способностью проникать довольно глубоко в больные ткани, уже на другой день образует сухой струп из тканей и слоя ваты, который самостоятельно отделяется или удаляется пинцетом спустя 7-12 дней; нагноение и кровотечение из язвы прекращаются; после отпадения струпа вновь накладывается вата с формалином и так до тех пор, пока не наступит заживление.

Прикладывание ваты с формалином тотчас же вызывает чувство жжения и боль, продолжающуюся иногда по нескольку часов, тем не менее больные охотно являются для повторного прижигания, чувствуя сразу же какое-то облегчение на месте язвы и замечая, что после первого же применения формалина язва начинает уменьшаться.

Это уменьшение размеров язвы идет концентрически; больные ткани отделяясь со струпом, как бы тают, постепенно исчезая. Так как формалин сильно раздражает слизистые оболочки и дыхательные пути, то необходимо при накладывании на несколько минут закрывать глаза больному и слегка прикрывать нос и рот марлей или полотенцем.

Лечение больных с Ulcus rodens производилось мною амбулаторно; лишь один случай прослежен в Оршанской Окружной им. Семашко больнице с целью демонстрации; он касается старика крестьянина Р. 93 лет с язвой на левой щеке, по краям которой уже наблюдается значительное утолщение (кусочек был иссечен и исследован микроскопически).

Больной пробыл в больнице с 25/III по 17/VI прошлого года. Заболевание началось более 4 лет тому назад появлением прыщика на верхней губе, который был больным выдавлен. На этом месте вскоре появилась язвочка, постепенно разраставшаяся.

Больному за время лечения произведено 8 прижиганий формалином, язва зажила совершенно, покрывшись гладкой, почти нормаль-

ного цвета кожей; общее состояние больного резко улучшилось, появилось бодрое и веселое настроение.

Прилагаемые фотографии показывают результат лечения; на I-й больной снят после первого прижигания—наложения ваты с формалином; на II-й—перед выпиской из больницы.

Хотя под моим наблюдением было только 8 случаев Ulcus rodens различной давности (от 2 до 10 лет), но во всех получено полное заживление при лечении формалином (от 3 до 8 прижиганий). Некоторые больные были осмотрены спустя 6 мес.—1 год, рецидивов пока не наблюдалось.





Конечно, такие немногочисленные наблюдения не дают возможности приходить к окончательным выводам, тем не менее нужно отметить, что формалин может быть применяем для лечения Ulcus roden с очевидным успехом.

Добавлю, что формалин может быть применяем и как кровеостанавливающее средство путем накладывания на кровоточащие места компрессов, смоченных в 1 или 2 проц. его растворе.

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ.

Случай огнестрельного ранения живота с повреждением желудка, кишек и левой почки.

(Из Госпит. Хирург. Клиники. Б.Г.У. Директор проф. М. П. Соколовский).

А. Е. Мангейм.

Больная З. Л., 21 года, с целью самоубийства ранила себя в живот из револьвера.

Через 2 часа после ранения больная была доставлена в тяжелом состоянии в госпитальную хирургическую клинику.

Лицо больной бледное; дыхание поверхностное, конечности холодные. Пульс 74 в минуту, среднего наполнения. Больная лежит безучастно. Во время осмотра несколько раз была рвота.

У больной обнаружено сквозное ранение живота; входное отверстие небольшое, расположено на 2 с половиной сантиметра ниже левого реберного края и несколько кнаружи от средней линии. Выходное отверстие также небольшое—диаметром в один сантиметр расположено в левой поясничной области. Живот вздут и болезнен при ощупывании. Больная несколько раз мочилась кровью. Из выходного отверстия раны имеется незначительное кровотечение.

Наличие указанных симптомов, а также анатомическое расположение раневого хода заставило нас предположить ранение внутренностей брюшной полости. В виду этого, мною вместе с доктором Б. Н. Цыпкиным произведена была экстренная операция под хлороформенным наркозом. Параректальным разрезом, идущим от реберного края книзу, вскрыта кожа, подкожная клетчатка и брюшина. Желудок и кишечник сильно вздуты. На передней стенке желудка имеется круглое отверстие величиной с десятикопеечную серебряную монету. Из отверстия выпячивается слизистая оболочка желудка на подобие венчика. Отверстие легко обшито двухэтажным кисетным швом. Такое-же отверстие нами было найдено и на задней стенке желудка, которое также было обшито таким-же образом. Для лучшего доступа к задней стенке желудка нам пришлось предварительно расширить отверстие в mesocolon'е. После обшивания отверстия на задней стенке желудка мы также закрыли отдельными швами и отверстие в mesocolon. Кроме этого, была зашита петля тонких кишек, простреленная в двух местах. После осмотра всего остального кишечника мы убедились, что больше ранений кишек не имелось, но пуля прошла через задний листок брюшины слева от позвоночника на уровне второго или третьего поясничного позвонка и ранила нижний полюс левой почки. Осмотреть

почку со стороны брюшной полости не удавалось и мы, сделав предварительно, тщательный туалет брюшной полости, зашили живот наглухо.

После этого поясничным разрезом была обнажена левая почка и было обнаружено, что весь нижний полюс ее был разможжен на несколько частей, и из раны было изрядное кровотечение.

Один совершенно оторвавшийся от остальной почки кусочек был удален. В виду кровотечения из почечной раны и ограниченного повреждения почки был иссечен мышечный лоскут на ножке из близлежащих поясничных мышц и помещен в рану почки. Кровотечение приостановилось и рана была зашита наглухо. Только в самый нижний угол раны была вставлена турунда.

В дальнейшем больная постепенно поправилась, хотя у нее было незначительное нагноение поверхностных швов. На десятый день все швы были сняты. Больная ходит и чувствует себя прекрасно.

Повреждения почек встречаются довольно редко и в большинстве случаев они сопровождаются повреждениями других органов брюшной и грудной полости. Кюстер на 30.000 больных в Базеле имел 10 повреждений почек. Herzog на 7805 вскрытий нашел 17 повреждений почек.

Что касается огнестрельных ранений почек, то в старой военной литературе упоминается о них только вскользь. Otis в отчете об Американской войне за независимость собрал 85 случаев ранений почек. Кюстер сообщает о 50 случаях, собранных им в литературе. За время последней войны эти повреждения сделались более частыми. Клозе собрал 18 случаев ранения почки. Läwen на 42 случая почечных ранений имел в 37 случаях ранение почек в комбинации с повреждением других органов, а в 5 случаях самостояльное ранение почки. Savianicek на 17000 раненых имел 8 ранений почек. Корбер на 10000 раненых имел 17 ранений почек. Борет на 1500 вскрытий имел 69 раненых в почки.

В присутствии огнестрельного ранения в почечной области диагноз ранения почки не труден. Гораздо важнее решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства в каждом отдельном случае. Всякое кровотечение из почечной раны, наличие непрекращающейся гематурии, образование забрюшинной гематомы, нарастающей анемии, всегда заставляет прибегнуть к операции. Истечение мочи из наружной раны, инфильтрация мочи и нагноение перинефрия также являются показаниями к оперативному вмешательству. В отношении правильной и точной диагностики необходимо пользоваться цистоскопией.

Правильные толчки мочи, окрашенной кровью, выбрасываемые из мочеточника указывают, что функция почки мало нарушена и что повреждение почки незначительно. Если из отверстия мочеточника выделяется чистая кровь или же, если из него ничего не выделяется, то можно предположить или очень тяжелое разрушение почки или разрыв лоханки. Итак, при наличии хорошего пульса, хорошем общем состоянии и отсутствии симптомов разможжения почки или разрыва лоханки многие проводят консервативное лечение. Но все-таки нужно тщательное наблюдение за больным в течение продолжительного срока до двух месяцев. Часто все обходится благополучно. Несмотря на это бывает чрезвычайно трудно, как говорит Voelcker, решить имеется ли легкий случай ранения почки или тяжелый, требующий операции.

В некоторых случаях тяжелая патолого-анатомическая картина разрушения почки маскирована и не соответствует иногда легким клиническим симптомам, как было в одном случае из нашей клиники, описанным доктором Заневским. Как при аппендиците, так и здесь мы иногда не знаем, что будет завтра; сегодня легкий случай может завтра сделаться тяжелым и в дальнейшем часто ведет к смерти от повторных кровотечений или сепсиса. Если при консервативном лечении старые авторы имели до 70 проц. смертности, то в настоящее время при оперативноми лечении и при ранней операции процент смертности пал до 30. Обнажение почки предотвращает возможные осложнения и опасности в дальнейшем течении болезни и никогда не приносит значительного вреда. Нефректомия, шов на почку, резекция почки, обшивание лоханки, тампонация почечной раны—вот собственно почти все вмешательства, к которым приходится прибегать при ранениях почек. Не будем останавливаться здесь на тех или иных показаниях к тому или другому вмешательству, коснемся только примененной в нашем случае тампонации почечной раны мышечным лоскутом. Лэвэн первый в 1912 году применил мышцу для остановки кровотечения из ран паренхиматозных органов. Минц в 1913 году пользовался мышцей для остановки кровотечения из мозгового синуса. Юраша, Опокин, Шамов проверили положение Лэвэна и изучили этот вопрос экспериментально. Опокин и Шамов доказали, что сущность кровоостанавливающего действия мышцы заключается не только в механической тампонации, но и биологическом действии ее посредством выделения особых тромбокинетических веществ. Кроме мышцы многие авторы пользуются для тех же целей жиром, например: Поленов Гильзе; фасцию применяет Киршнер, сальник—Боллярский, Соколовский. По этому вопросу имеется большая литература: Работы Шпрингера, Гирголава, Жакея, Гессе и Петрашевской. Пересаженный мышечный лоскут в дальнейшем подвергается согласно исследованиям Лэвэна асептическому некрозу и в конце концов замещается рубцовой соединительной тканью. В нашем случае мышечный лоскут сыграл свою роль гемостатического агента.

Вывод:

В громадном большинстве случаев огнестрельных ранений почек ранняя операция в виде обнажения почки должна быть рекомендована. Мышечная пластика для остановки кровотечения чрезвычайно полезна, если возможно сохранить целость органа, как это было в нашем случае. При значительных размножениях почки нефректомия является единственной показанной операцией.

Проба лечения раствором Rivanol'я хронической эмпиемы*.

(Из Факульт. Тер. Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор-Профессор С. М. Мелких).

О. К. Сидляревская-Захарова.

9-VII—24 г. в Фак. Тер. Клинику БГУ поступил больной З. А., 19-ти лет с большим левосторонним эксудативным плевритом. Сердце смещено вправо до пер. акс. линии, над правой верхушкой бронхиальный оттенок дыхания. T^0 тела—36-37,2°. Одышки нет. Из левой плевры добыта при пробной пункции гнойная жидкость у. в. 1025, содержащей 3,6% белка, с преобладанием лимфоцитов в осадке. В крови лимфоцитоз до 32 проц. Отец, две сестры и брат больного умерли от tbc. Настоящее заболевание, по словам больного, продолжается 2 года.

Лечение до сего времени облегчения не приносило. Итак, мы имели дело с носителем хронической эмпиемы, протекающей уже два года,—эмпиемы очевидно туберкулезной—так дают нам данные наследственности, анамнез настоящего заболевания, лимфоцитоз крови, наличие лимфоцитов в выпоте. При выборе метода лечения надо было считаться с этиологией эмпиемы. Пришлось отказаться от хирургического вмешательства. 6 августа 1924 г. мы начали введение раствора Rivanol'я 1:1000 в плевральную полость, производя это таким образом: выпускался гной в возможно большем количестве из плевры, вводилось в плевральную полость 100—200 кубиков раствора Rivanol'я. Rivanol оставлялся на сутки в плевр. полости, а затем вымывался физиологическим раствором поваренной соли. До начала лечения Rivanol'ем гной аспирировался 3 раза и максимальное количество гноя, полученное зараз, равнялось $2^1/_2$ литрам. При первых введениях Rivanol'я выкачано бывало 1200-1500 куб. сант. гноя, при 3-м введении количество гноя падает до 600,0 при 5-м до 200,0.

Далее лечение ведется регулярно с 10-ти дневными промежутками между промываниями и в ноябре и декабре при пункциях выкачивается 150-60 куб. с. гноя, соответственно вводится меньшее количество Rivanol'я—25-50 куб. и Rivanol физ. раствором не вымывается.

При введении Rivanol'я никаких неблагоприятных побочных действий его мы не отметили, кроме не резко выраженных болевых ощущений при первых двух промываниях. При попадании препарата в подкожную клетчатку и толщу межреберных мышц инфильтрата не образовалось. Больной выписался из клиники 25-го января 1925 г. Всего промываний плевры было сделано 13.

В течении болезни за время лечения можно остановиться на следующих моментах: при общем хорошем самочувствии больной поправился на вид, держал вес тела 4 п. 4 ф., при неоднократных иссле-

* Доложено в Обществе Минских врачей 7 апреля 1925 г.

дованиях мочи отклонений от нормы не обнаруживалось. T° тела лишь изредка по вечерам 37,1-37,2, большинство этих под'емов совпадает с днями промываний плевры, сердце сместилось влево, левая половина грудной клетки, особенно в аксил. области, уплощена. Бактериологическое исследование эксудата в начале сентября после 2-3 промываний дало отрицательный результат, экскудат оказался стерильным. Больной приехал показаться через 3 месяца после выписки. Вид у него хороший, особых жалоб нет. Левый бок остается уплощенным. На рентгене левое легкое дает сплошное затемнение, сердце немного смещено вправо. При пробных пункциях, произведенных в нескольких местах, лишь в одном с трудом насасывается $1^1/_2$-2 куб. серозно-гнойной жидкости. Плевра резко утолщена. По словам больного, при предыдущих пробных пункциях, произведенных участковым врачем за месяц до приезда больного в клинику, гноя в левой плевре обнаружено не было.

Последние годы Rivanol привлек внимание медиков и имеет применение среди хирургов, дающих в общем благоприятные отзывы о результатах лечения инфицированных ран, маститов, карбункулов, остеомиелитов, глубоких абсцесов и тому подобных местных гнойных заболеваний.

Авторы, применяющие антисептические средства при лечении гнойных плевритов, дают отзывы соответственно тому, какой метод лечения они считают наиболее действительным—резекцию ребра или консервативные методы. Так, профессора Петров, Гусев и Geinitz ставят лечение антисептиками на второе место,—Rosenstein наоборот:—он дает обзор 18 случаев эмпием, из которых часть была пользована обычными хирургическими методами лечения, другая часть консервативно посредством операций и промываний плевры раствором Rivanol и Vucin'a, при чем случаи леченные консервативно протекали лучше.

Данный случай находим заслуживающим внимания по следующим соображениям: применяя $1^0/_{00}$ раствора Rivanol в форме вливаний в плевральную полость неоднократно, всего 13 раз, и оставляя раствор в полости плевры на сутки и более, мы не получили какого либо вредного действия. Это обстоятельство нужно отметить, так как иные антисептические жидкости при промываниях плевры, как известно, влекут за собою нежелательные, а иной раз грозные осложнения.

Во-вторых, общеизвестен факт, как трудно поддаются лечению хронические туберкулезные эмпиемы. Вышепоименованные мною авторы имели дело с метапнеймоническими эмпиемами, эмпиемами при гангрене легких и обнаруженные в их случаях возбудители были стрепто или стафилококки. Получивши в нашем случае значительное уменьшение образования в плевре гноя и очевидное заростание плевральной полости, мы можем считать, что от применения Rivanol'я получились вполне удовлетворительные результаты.

ОТЧЕТЫ И КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Совещание врачей-статистиков.

Зав. Стат. Отд. Б. Я. Смулевич.

Совещание продолжалссь с 16 по 20 февраля 1927 г.

В Совещании приняли участие представители Губздравов РСФСР и 10 представителей от Союзных Республик.

По первому вопросу о составе работы медико-статистических органов на местах, доклад Стат. Бюро НКЗ, и доклады с мест показали весьма печальную картину.

Из 74 административных единиц, ответивших на анкету НКЗ РСФСР (Об. Губ. Здрав. и НКЗ автономных областных Республик) только в 41 для исполнения медико-статистической работы выделены самостоятельные под'отделы, в остальных стат. работы включены в работу других под'отделов. В окр. и уздравах в общем нет отдельных статистиков и медико-статистическая работа исполняется в процессе прочей административной работы и частично возлагается на одно лицо и им распределяется между несколькими сотрудниками.

Персонал, исполняющий статистическую работу, содержится за счет сметы Губ. и Обл. здрава и только в 3 случаях частично за счет Губстатбюро. Штатное содержание статистиков весьма низко от 360—405 р. Врачей занимающихся санитарной статистикой без совместительства 19 (без центра), с совместительством—21.

В анкетах имеются частые жалобы на недостаточную подготовленность персонала статистиков и счетчиков. Имеются многочисленные указания на обременительность, сложность и неупорядоченность санитарной отчетности, на отсутствие в работе местных статистических аппаратов планомерности и определенности, вследствие чего запросы по непредвиденным формам, частые внеплановые требования сведений нарушают ход статистической работы.

Из 74 административных единиц—карточная регистрация введена полностью в 34, в 9—частично, в 8 только в городах и в 5 только в областных или губернских центрах.

К разработке карточного материала о заболеваемости приступлено в 15 местах; в 12 случаях разработки ведутся Губздравом, в 3—Губстатбюро.

Доклады с мест дополнили картину, полученную по докладу центра. Несоответствие между числом мест, введших карточную систему и мощностью стат. аппаратов на местах выразилось не только в том, что из 56 мест введших общую или частичную карточную систему, только 15 приступило к разработке материалов. Доклады с мест подчеркивают, кроме указанных выше, еще ряд недостатков медико-статистической работы на местах. Основными ее недостатками являются неполное, несвоевременное снабжение мест статкарточками, от чего получаются перебои в карточной регистрации, плохое качество собираемого статистического материала, отсюда накопление больших масс карточек на местах, которые совершенно не использовываются, (Тамбовская губ.), и которые не могут совершенно расчитывать на разра-

ботку. В тех же местах, где к разработке приступлено, она ведется частично и разработка крайне затягивается. Оказалось, что во многих местах стат. карточки ведутся без индивидуальных карточек.

Из выступлений в прениях совершенно ясно следовало, что работы по санитарной статистике на местах зашли в тупик, что с одной стороны кладется много работы и средств на печатание и заполнение разных форм и также стат. карточек и только незначительная часть материала использовывается. Ясно выразилось также, что проведение сплошной карточной системы не по силам для мест, как с точки зрения невозможности полного снабжения мест печатным материалом, так в еще большей степени невозможности разработки накапливающегося стат. материала.

В этом отношении перед центром ставилась задача выработки методологии выборочной карточной системы заболеваемости, которая сделала бы возможным выйти из создавшегося тупика.

Нужно сказать, что следующие затем основные доклады не были рассчитаны на то, чтобы ответить на запросы, выдвигаемые условиями работы мест и помочь в разрешении задач, стоящих непосредственно перед местными работниками. И тут сказался существующий в большой степени разрыв между центром (Московская губ.) и местами. В то время, как на местах за малыми исключениями нового почти не создается, а старое плохо сохраняется—Московская организация на основе 50-летней санитарно-статистич. работы, благодаря наличию лучших статистических сил и значительным материальным средствам—идет вперед, развивая новые области санитарно-статистических исследований и углубляя старые.

Работы Московской санит-стат. организации составляет содержание основных докладов: „Общая схема санитарно-статистического исследования в Союзе".

„О работе Комиссии по пересмотру форм медико статистической регистрации и отчетности".

„О статистике заболеваемости и болезненности всего населения" В первом докладе т. Богославский представил проект расширенной схемы санит-стат. исследований. П. И. Куркина—лейтмотивом ее является положение „рациональной врачебной деятельностью может быть названа только та, в которой производится не только регистрация больных, но исследование их профессиональных и бытовых условий жизни"—схема эта представляет собой расширенную, соответственно с большей дифференциацией и профилактическим характером советской медицины, схему санитарной статистики. П. И. Куркина—к ней добавлены: Глава о исследовании патологической пораженности (болезненности населения) на основании разработки санитарных журналов и результатов единовременных обследований. Глава „производительных функций" женщины, содержанием которой является статистическое исследование беременности, родов, абортов—на основании материалов консультации для беременных, санитарных журналов, консультации для грудных, аборт. карт. Глава соц. бытовых условий на основе материала диспансерных обследований, гл. проф. условий—матер. проф. клиник и диспансеров. Гл. влияние леч. профилактических мероприятий на основе материалов лечебно-профилактических учреждений. Эта схема определяет изложение об'ема в области медико-статистич., однако, она представляет собой программу-максимум; выработка же программы-минимум, доступной для осуществления на местах, только предстоит.

Доклад С. Ф. Кельха и П. И. Куркина о работе Комиссий по пересмотру форм медико-статистической регистрации и отчетности, Комиссией пересмотрены, уточнены правила медико-статистической регистрации.

Оживленные прения вызвал вопрос, считать ли первичным заболеванием заболевание, зарегистрированное впервые в данном году, или вообще зарегистрированное когда-либо.

Этот спор, продолжающийся уже 50 лет, т. е. со времени введения карточной регистрации, как указал П. И. Куркин, и на этом с'езде остался неразрешенным, однако ж большинство, подобно Московской организации, является сторонниками того, чтобы первичных не считать каждый год сызнова.

Доклад „о статистике заболеваемости и болезненности населения" Е. И. Яковенко, уточняет понятие „заболеваемость" и „болезненность"—или, „патологическая пораженность"; по Богословскому: первое определяет случаи болезни, обнаруженные факты заболевания, вторые—численные наблюдения болезненных состояний и пораженных ими лиц или групп. В докладе детализируются положения о разработке статистики заболеваемости, изучение типов заболеваемости, порядке исследования, об'еме признаков, определении годности или негодности материалов. Вопросы статистики болезненности оставлены открытыми.

Прения, развернувшиеся после доклада, проходили не столько по существу доклада, сколько по назревшим на местах вопросам, именно—как проводить работу централизованным или децентрализованным порядком—большинство высказанных за централизацию разработок, о необходимости перейти на выборочный метод и т. д.

В докладе „о статистике проф. заболев. и болезненности" Богословского-Смирнова совещание ознакомилось с последней работой Московского губ. бюро по разработке санит. журналов и по материалам текущих наблюдений. При изучении влияния профессиональных вредностей на здоровье исследуется с одной стороны—патологическая пораженность, т. е. состояние здоровья в определенный данный момент, здесь отражаются так же патологические отклонения, не являющиеся „болезнью", но весьма важные для характеристики профессиональных вредностей, отражаются также болезненные состояния, которые вследствие состояния компенсации не заставляют обращаться за медиц. помощью, что тоже весьма важно для выяснения влияния профессиональных вредностей.

Вторым источником изучения влияния проф. вредностей является изучение заболеваемости по профессиям—материалом для этого исследования служат данные статистич. карточек и листов текущих наблюдений, помощью которых устанавливается заболеваемость работников данных профессий, в сравнении с заболеваемостью членов семей этих работников и с заболеваемостью всего населения.

В первом случае единицей исследования является индивидуум, во втором—заболевание. Оба метода дополняют и проверяют друг друга.

Об интересном опыте массовой обработки статистического материала по заболеваемости рабочих текстильных фабрик г. Твери доложил т. Рождественский. На специальное ассигнование из НКЗ РСФСР была проведена работа по изучению заболеваемости рабочих текстильных фабрик—материалом послужили общие статистические карточки, при чем обработка материала была проведена весьма тщательно путем особого дополнения карточек из недостающих учреждений, удаления дубликатов, изучения возрастно-полового состава исследуемого рабочего населения. Опыт разработки, по мнению докладчика, говорит

о возможности массовой обработки статистического материала углубленным способом для получения надежных показателей по общей и профессиональной заболеваемости.

Из следующих докладов — единодушную поддержку у выступающих встретил проф. Лубина-Герцик, который, рисуя печальное состояние статистики естественного движения населения—просил совещание поддержать демографические секции на местах и в особенности поддержать старания демографического отд. ЦСУ о восстановлении статистической карточки на родившихся, умерших, брачущихся, устраненной недавно, несмотря на то, что она является основой изучения естественного движения населения.

В общем, совещание показало, что статистическая мысль в центре живет и прогрессирует, работа подвигается вперед, что положение на местах значительно хуже, и расстояние между центром и периферией в вышеуказанном отношении не уменьшается, а скорее, сказал бы, растет, и что центр несколько оторван от периферии и слишком мало делает, чтобы указать ей дорогу и направлять ее работу. Это последнее обстоятельство особенно опасно в настоящий момент, когда острие „режима экономии“ в первую очередь направлено на дело рационализации отчетности на местах—отсутствие твердой установленной авторитетной инстанцией программы-минимума статистических работ на местах, может привести к тому, что места вместо того, чтобы приближаться к представленной на совещании программе-максимум будут отдаляться от нее.

1-ая Всебелорусская Конференция по врачебному контролю над физупражнениями в кружках и школе.

К. И. Герман.

7-го мая Высшим Советом Физкультуры и Оздравдетом НКЗ была созвана 1-я Всебелорусская конференция по врачебному контролю над физупражнениями в рабочих кружках и школе.

На конференции присутствовали представители из всех 12-ти округов Белоруссии: врачи, работающие в антропометрических кабинетах, врачи ОЗД и физинструктора. Всего представителей было 35.

Конференция продолжалась 3 дня.

Были заслушаны доклады о роли врача в физической культуре, о врачебном контроле в школе, о работе антропометрического кабинета, о врачебно-исследовательской работе в области физкультуры, о летнем всебелорусском празднике, работе деревенского физкружка и задачах врача на районе, о вопросах самоконтроля и ряд других вопросов.

Оживленные прения вызвал доклад о роли врача в физической культуре. В докладе отмечалась недостаточная квалификация врачей в вопросах физкультуры, недостаточное внимание органов просвещения к вопросам физического воспитания в школах, указывалось социально-гигиеническое и евгеническое значение физического воспитания, которое приобретает особенно важный и актуальный смысл у нас в Советском Союзе, находящемся в капиталистическом окружении.

Доклады о физическом воспитании в школе подверглись детальному обсуждению. Чрезмерная нагрузка врачей ОЗД как числом учреждений, так и количеством школьников (больше 10 учреждений и больше 2000 учащихся, в среднем, на врача ОЗД в Белоруссии, кроме Гомельщины), является одним из главных тормозов в работе врача. Указывалось на недостаточную подготовленность врачей ОЗД, тяжелые антисанитарные условия нашей школы, невысокую квалификацию и недостаточный кадр физинструкторов, отсутствие увязки в работе врача ОЗД и физинструктора, физинструктора и врачи ОЗД недостаточно участвуют в общей жизни школы (педсоветах и д. т.), что неблагоприятно влияет на всю постановку физвоспитания в школе. Отсутствие врачебных кабинетов в школах является большим препятствием в работе. Вырешен вопрос об организации физбюро при Окроно, из представителей: от врачей ОЗД, физинструкторов, от Окроно, от Заведующих школами.

Доклад о работе антропометрического кабинета вызвал живой обмен мнениями. В докладе подчеркивалось, что методика антропометрических измерений и функциональных проб легких и сердечно-сосудистой системы должна быть единая, что в перспективе кабинет по врачебному контролю, кроме антропометрического инструментария должен будет иметь физиологическую и психотехническую лаборатории.

Указывалось на необходимость для врачей умения пользоваться медодом вариационной статистики. При обработке материалов этот способ дает возможность на фоне вариационно-биологического профиля исследованного коллектива построить кривую физразвития каждого физкультурника данного коллектива; сравнение же индивидуальных кривых, наносимых до и после определенного времени занятий физупражнениями, дает возможность судить об имевших место изменениях в физразвитии данного индивидуума.

Живо дебатировался также вопрос о самоконтроле, являющимся в настоящий момент актуальнейшим в физкультуре.

Конференция решила обратиться с открытым письмом к врачам Белоруссии, с призывом к большой заинтересованности в вопросах физического воспитания и подчеркивалась также огромная роль врача в этом социально-гигиеническом и евгеническом факторе для трудящихся Белоруссии.

Научное Общество Минских врачей.

М. А. Поляк.

Х-ое заседание (24-го апреля). 1. *Д-р Цыпкин* демонстрировал раковую опухоль привратника желудка, резецированную в госпит. хирургической клинике у 35-летнего мужчины.

2. *Д-р Василевский* демонстрировал из госпит. теравпетической клиники больного 21 года, страдавшего резкой одышкой, слабостью и другими явлениями на почве Tumor'a в медиастинуме с увеличенными шейными железами. Препарат, взятый из шейной железы, по своей неясности, не дал возможности проф. Титову точно установить, имеется-ли в данном случае лимфосаркома или лимфогранулома. В Москве высказались за первое. Там же, под влиянием рентгенотерапии, больной совершенно поправился.

Прения. *Д-р С. М. Лившиц* отмечает поразительное действие рентгена в этих случаях. К сожалению, скоро наступают рецидивы и больные в конце концов погибают.

То же потдверждает и *д-р Канторович* на основании наблюдения над своей матерью.

Проф. Соколовский приводит аналогичный случай из Саратовской клиники.

Д-р Моносзон останавливается на дифференциальной диагностике между лимфосаркомой и лимфогранулемой.

Д-р Соломин, указывая, что реакция Матефи была до терапии положительной, а после нее отрицательной, делает вывод, что в данный момент можно было исключить злокачественность опухоли.

Проф. Гаусман отмечает трудность диагноза в данном случае, хотя наростание лимфоцитов после R-терапии говорит за лимфосаркому. Что касается прогноза, то на год больной будет освобожден от своих страданий. Во всяком случае он должен находиться под наблюдением и лечиться мышьяком.

Д-р Чарно. До сих пор говорили, что L-g—это воспалительный процесс, а L-s—это новообразование. В настоящее время и L-s относят к воспалительным процессам; за это говорит эффект от терапии. Оппонент еще остановился на проделанных опытах в этом направлении и на применении вакцинации в этих случаях.

Проф. Титов. Плохой препарат не дал возможности определить характер опухоли. Но блестящий эффект от R-терапии говорит за L-g, так как последнее—это инфекционное воспалительное заболевание, а потому R дает хороший результат.

Д-р Василевский (докладчик) тоже согласен, что рецидивы возможны, но доволен тем, что жизнь больного хоть на год продлена.

3. *Д-р Иргер.* В л и я н и е п е р е в я з к и vas deferens н а п р о с т а т у (из госпитальной хирургической клиники).

Отмеченные литературой последнего времени большая смертность, осложнения и рецидивы после простатоэктомии заставили докладчика вернуться к операции, предложенной в 90-х годах, т. е. к вазэктомии.

Экспериментально производилась двух—и односторонняя перевязка vas deferens и funnic. spermat. на 16 кроликах и собаках. В периоде от 2-х месяцев до 2-х лет животные убивались и их простаты, яички и придатки подвергались гистологическому исследованию. На основании изучения гистологических препаратов можно судить, что во всех случаях двухсторонней перевязки vas deferens простата в значительной степени атрофировалась, железистые элементы исчезали и вокруг них развивалась соединительная ткань. Клинически удалось провести наблюдения над 18 больными, страдавшими гипертрофией простаты и подвергшимися в госпитальной хирургической клинике двухсторонней вазэктомии. По сведениям, полученным от больных (от нескольких месяцев до 3-х лет), в 9 случаях результат был очень хороший, в 3-х удовлетворительный, в 4-х без результата. Эффект наблюдался преимущественно в тех случаях, где простата при исследовании оказывалась мягкой консистенции. На основании экспериментальных и клинических наблюдений докладчик рекомендует при всех случаях гипертрофии простаты предварительно делать перевязку семявыводящих протоков и только в тех случаях, где вазэктомия не дает эффекта, пробегать к радикальной простатэктомии.

Доклад сопровождался демонстрированием разных таблиц и картограмм.

Докладчику были заданы вопросы: Имеются-ли у докладчика наблюдения над омоложением? Можно-ли рентгеном вызвать атрофию яичек? Имеются-ли противопоказания к вазэктомии? Применялось-ли до операции промывание мочевого пузыря?

Ответы докладчика: Неоднократно больные обращались по поводу омоложения, но в этом им отказывали, ибо имеются данные, что под влиянием этой операции улучшается общее состояние, но не наступает омоложение в виде увеличения libido и т. п. Были сделаны попытки рентгенизации яичка и они приводили к полной его атрофии. Противопоказанием к вазэктомии служит злокачественное перерождение простаты. Значительное число больных поправилось без предварительных промываний пузыря.

По мнению *д-ра Перельмана*, больных с гипертрофией простаты следовало-бы предварительно лечить консервативно, а именно, промыванием мочевого пузыря, чтобы увеличить его сократительную способность. Надо еще иметь в виду, что это невинная операция часто дает плачевные результаты. В факультетской хирургической клинике был случай смерти на 3-й день после операции.

Проф. Гаусман также считает необходимым предварительное лечение промыванием пузыря и введением катетера à demeure.

Проф. Соколовский. Из литературы нам известно, что простатэктомия дает 5 проц. смертности, и то в заграничных, хорошо оборудованных, клиниках. При наших условиях эта операция возможна только в единичных клиниках. Что касается консервативного лечения, то это, конечно, прекрасный метод, но он дает только временное улучшение. Перевязка vas deferens не дает никаких осложнений, и непонятно, почему был смертельный исход в случае Перельмана. К сожалению, эта операция действительна только в 50 проц. всех случаев.

Д-р Мирер сообщает о двух случаях из клиники проф. Рубашева с хорошим результатом и высказывается за эту операцию.

Докладчик. Промывание пузыря может вылечить цистит, но не устраняет простатита. И катетеризация дае только временный эффект. Вазэктомия может излечить больного, а если она не помогает, то при-

ходится прибегнуть к простатэктомии. Случаи смерти надо отнести к отдаленным причинам, как маразм и проч. Сама операция не дает осложнений.

Председатель видит ценность этой работы в научном подходе к этому вопросу. Докладчик, убедившись только после целого ряда экспериментов на животных в благоприятном влиянии этой операции, стал применять ее на людях. Так должен поступать всякий хирург.

XI-ое заседание (8-го мая) 1. *Д-р Перельман* демонстрировал больного, которому 4 месяца т. н. произведена резекция желудка по поводу рака привратниковой части. Операция под местной анэстезией по Бильроту. За время, прошедшее после операции, б-ой прибавился в весе на 25 ф. Случай интересен в том отношении, что опухоль, ясно прощупывавшаяся до операции, при резко выраженных общих явлениях, оказалась вполне операбильной без метастазов.

После ответа докладчика на разные заданные ему вопросы, председатель *проф. Рубашев* отметил, что в последнее время описываются случаи резекции вместе с желудком и части печени и толстой кишки и все такие больные демонстрируются в хорошем состоянии. Вопрос о наркозе. Общий наркоз для таких больных оказывается губительный. Метастазы, вероятно, будут. Иногда они крайне прихотливы.

2. *Д-ра Ситерман и А. Поляк:* Случай цирроза печени со спленэктомией.

15-летний мальчик с желтухой в течение $1^1/_2$ года, с увеличенной печенью и селезенкой. В анамнезе приступы болей в правом подреберьи и кровотечения из носа и десен. На основании анализов мочи, кала и крови докладчики, признавая в данном случае Hanot'овский симптомокомплекс и усматривая в нем и гемолитический фактор, считали показанной спленэктомию, каковая была произведена д-ром Перельманом в факульт. хирургич. клинике. Далее подробно излагается патолого-гистологическая картина селезенки и печени, дающая в общем картину Леннековского цирроза. После операции заметное улучшение состояния больного, изменение состава крови, мочи, кала и т. п. В заключение докладчики останавливаются на работах многих авторов, доказывающих, что после удаления селезенки в других органах викарно развивается селезеночная ткань, перенимающая ряд функций селезенки и в особенности гемолитическую.

Прения. *Д-р Эпштейн* полагает, что применение в данном случае дуоденального зонда помогло бы выявить наличие гемолитического фактора.

Д-р Моносзон отмечает весьма хороший результат спленэктомии. Все произведенные исследования указывают на отсутствие в данном случае застойного фактора и наличие фактора паренхиматозного.

Д-р Флекель. В случае докладчиков имеются указания на гемолитический фактор—пониженная стойкость эритроцитов и вместе с тем прямая быстрая реакция Van-den-Berg'a; в моче наличие уробилина при ахолическом кале. Возможно, что каловый экстракт дал бы реакцию на стеркобилин; проба Шмидта недостаточна чувствительна.

Проф. Гаусман. Этиология гипертрофического цирроза различна, часто Lues. Отрицательная RW не исключает lues'a, так как 40-60% сифилитических заболеваний печени и почек дают отрицательную RW. Инфантилизм—частый признак врожденного lues'a—у данного б-ного налицо. Несмотря на благоприятные результаты операции и на отрицат. RW, желательно и теперь испытать антилюэтическое лечение. Ахолический кал еще не указывает на полное отсутствие поступления желчи в duodenum.

Д-р Чарно интересуется вопросами о том, где после спленэктомии сосредоточивается функция обмена железа, являются ли в данном случае больная печень и инфантилизм следствием одного и того же болезненного процесса или инфантилизм есть результат болезни печени.

Д-р Ситерман. Этиология данного случая не ясна. Люэс имели в виду. Ожидать благоприятного эффекта от антилюэтического лечения при наличии стойких интерстициальных изменений не приходится. Считать больного окончательно излеченным еще нельзя.

Д-р Рубинчик напоминает, что в литературе о спленэктомиях раздаются предостерегающие голоса. Эта операция дает паллиативные результаты. Трудно представить себе здорового человека без селезенки. Быть может, в данном случае имела место туберкулезная интоксикация.

Д-р Ситерман, отвечая д-ру Рубинчику, замечает, что жить с селезенкой, конечно, приятнее, чем без нее, но если у б-го болезнь прогрессирует, то почему ее не остановить, если это возможно путем спленэктомии?

Докладывавший *д-р А. Поляк* в своем заключительном слове говорит, что вопрос о гепато-лиенальных заболеваниях, патогенезе желтух, месте образования билирубина и уробилина еще окончательно не решен. Этнология данного случая не ясна. Не исключена возможность люэса, туберкулеза, но основательных данных для подобной диагностики не имеется. Литература знает много лиц, удовлетворительно живущих без селезенки. По поводу травмы селезенка удаляется уж давно.

Председ. *проф. Рубашев* с удовлетворением отмечает, что из фак. терап. клиники выходит 2-й доклад о спленэктомии. Очевидно, спленэктомия показана при спленомегалиях, где в крови преобладают минусы—лейкопения, анемия—и не являются показанной при преобладании плюсов—лейкемия, гиперглобулия и проч. Немалую долю в изучение спленомегалии вносит хирургия. Описано несколько сот случаев благополучно живущих без селезенки людей. Спленэктомия не является в настоящее время клиническим экспериментом, это практически обоснованная операция, но теоретически ее обоснование еще недостаточно.

XII-ое заседание (17-го октября). 1. *Д-р Иргер* демонстрировал почку, удаленную проф. Рубашевым у больной, у которой после нанесенной травмы появились почечные кровотечения. При операции обнаружены кровоизлияние в лоханку, затем спайки и рубцы.

Д-р Мангейм сообщил про один случай ранения почки, где дефект был покрыт лоскутом близлежащей мышцы и кровотечение было т. о. остановлено при помощи тампонации.

Проф. Бурак указал на экспериментальные работы Hilse, который применял жировую ткань, как кровеостанавливающее средство и при почечных кровотечениях.

2. *Д-р Паутов* демонстрировал трахеотомическую трубку, извлеченную из правого бронха. Больной носил ее в течение 6 лет. Больной был доставлен в горловую клинику с явлениями удушья. При помощи нижней бронхоскопии трубка была докладчиком извлечена.

По поводу этой демонстрации *проф. Рубашев* сообщил о случае проглоченного зубного протеза, оказавшегося в бронхе. *Проф. Бурак* отметил частоту проглачивания таких трубок в Белоруссии. *Д-р Фридман* высказал мнение, что трубку труднее удалить, чем протез, ибо первая имеет гладкие стенки и выполняет бронх.

На вопросы *д-ра Перельмана* докладчик отвечает, что такие больные являются с клокочущим дыханием и часто в асфиксии, что инородные тела вызывают гнойный бронхит или пневмонию, нередко ведущую к летальному исходу.

3. *Проф. Бурак* демонстрировал двух больных, которым произведена им ринопластика. У первого больного произведена косметическая операция: устранение внутриносовым путем резкой деформации носа, получившейся после травмы. У второго больного с упорным сикозом верхней губы, с затруднением носового дыхания, вследствие выпячивания в сторону левой ноздри вывихнутого хряща носовой перегородки и свисания кожи, была сделана покожно-подслизистая резекция вывихнутой части хряща, так что расширилась левая ноздря и носовое дыхание стало свободнее. Одновременно сделана и косметическая операция. Демонстрированы инструменты, предложенные докладчиком для пластических операций и муляжи больных до операции.

На вопрос о стойкости результатов докладчик ответил, что у него имеются наблюдения за 5-6 лет с хорошими результатами.

4. *Д-р Д. Кантор.* Впечатления о Всесоюзном с'езде глазных врачей и некоторые итоги его работы.

С'езд, происходивший впервые в условиях советской действительности, имел большое значение как в отношении научно-практическом, так и в общественно-организационном, т. к. он подвел итоги некоторым научно-практическим вопросам и наметил те пути, по которым должна пойти организация глазной помощи населению и борьба с глазными заболеваниями, в частности, с трахомой. Докладчик отметил важнейшие научные доклады и указал, что по вопросам организации глазной помощи и борьбы с заболеваниями глаз с'езд принял резолюцию, что основой в борьбе с трахомой в сельских местностях должен стать врачебный участок. Из 23 белорусских делегатов четверо представили след. доклады: 1. Положение глазной помощи в Белоруссии (д-р Кантор). 2. Трахома в Белоруссии (проф. Каминский), 3. Трахома и аномалия конституции (д-р Павлова-Каминская) и 4) Повреждения глаз, быт и профессия (д-р Дворжец).

5. *Д-р Мангейм*: Аппендицит у детей.

Докладчик отметил некоторые симптомы и особенности течения аппендицита у детей, на основании которых эту болезнь надо выделить в особую группу. Приводятся истории болезни 8 случаев.

На заданные вопросы докладчик ответил: особенно резких отличий детского аппендицита от взрослого не имеется. Диагностика крайне затрудняется отсутствием анамнеза. Симптом defense musculaire у многих детей нет, t° у многих нормальная. Обнаруженный при операции гной был жидкий и без запаха. При общем перитоните имеется запах, вероятно, от присутствия Bacterium coli. Кровь была исследована на лейкоцитоз лишь в клинических случаях. Терапия такая же, как у взрослых, т. е. при определенных симптомах оперативная. Oxyuris находят в 60% всех случаев.

Прения. *Д-р Тургель* обращает внимание еще на 2 симптома, имеющие диагностическое значение, а именно: отсутствие кожного рефлекса и отставание правого m. hypogastricus при дыхании. Правда, они не всегда бывают.

Д-р М. Шапиро не согласен с тем, что аппендицит у детей протекает иначе, чем у взрослых. Но подход к заболевшему ребенку должен быть иной. Надо помнить, что детский организм воспринимает эту болезнь иначе. Так, при незначительных и первых явлениях аппендицита у детей может быстро развиться картина разлитого перитонита;

у детей нет тенденции к слипанию и осумковыванию процесса. Отсюда вывод: в виду невозможности точно определить характер и стадию болезни, терапевты должны консультировать хирургов и в особенности у детей обязательна операция.

Проф. Гаусман. Есть известная разница между аппендицитом у детей и у взрослых. У первых боли могут совершенно отсутствовать, но зато у них гораздо легче прощупать appendix. Докладчик упустил один очень важный метод для диагностики—перкуссию, при которой ребенок ощущает боль. Терапия при детском аппендиците чрезвычайно разнообразна. По мнению Черно, оперировать не надо; дети выздоравливают при терапевтическом лечении и при соблюдении покоя. Kümmel против опия, что надо считать заблуждением. Молоко вредно.

Д-р Перельман. В лейкоцитозе мы видим верный и ранний признак заболевания. Аппендицит у детей протекает тяжелее. Терапия—ранняя операция.

Д-р Рубинчик также высказывается за хирургическое вмешательство.

Д-р Альшванг отмечает почти постоянное наличие oxyuris при аппендиците у детей, а также еще один симптом—болезненное мочеиспускание. Ранняя операция необходима, ибо аппендицит у детей таит в себе много опасностей.

Д-р А. И. Гуревич больше склоняется к терапевтическому лечению в особенности у детей младшего возраста.

Д-р Чарно приводит еще другие методы исследования, которыми докладчик не воспользовался. Перкуссия ничего не дает из-за обычного в таких случаях метеоризма. Лечение должно быть оперативное.

Д-р Канторович не получил ничего нового от доклада. Умение ориентироваться в каждом отдельном случае может вывести из затруднения.

Докладчик в ответ своим оппонентам говорит, что он не намерен был указать на определенный симптомокомплекс, характеризующий детский аппендицит. Он только утверждает, что есть некоторые особенности в течении детского аппендицита. Он, напр., хотел обратить внимание на то, что при болях в животе или рвоте у ребенка надо помнить об аппендиците. Что касается терапии, то если диагноз поставлен уже в первые сутки, то операция обязательна.

Председ. *проф. Титов.* Из прений выяснилось, что в каждом отдельном случае аппендицит у детей, так же, как у взрослых, нужен индивидуальный подход. Но докладчик не упомянул еще об одном способе исследования—per rectum (Образцов). Что касается терапии, то этот спор не получил еще разрешения ни в научных обществах, ни на с‘ездах.

ОБЗОРЫ.

Витамины и их роль в питании.

(Из Белорусского Государственного Санитарно-Бактериологического Института. Директор проф. Б. Я. Эльберт).

Маг. фарм. Д. И. Найдус.

I.

В противоположность учению о физиологии питания знакомство наше с витаминами началось сравнительно недавно, всего с 1913 года, когда Казимир Функ, этот отец витаминов, как его окрестили за последнее время, занялся вплотную этой проблемой; причина запоздалого изучения витаминов лежит в затруднительности и продолжительности эксперимента; трудно подобрать такую пищу, которая была бы совершенно свободна от витаминов, при том симптомы авитаминоза нарастают медленно, лишь тогда, когда запас витаминов, содержащихся в каждой клетке организма начинает истощаться; эти симптомы становятся очевидными для экспериментатора еще позже, если экспериментируемое животное сравнительно хорошо питается; обычно изучают падение веса тела, рост, способность к размножению, обмен веществ, продолжительность жизни, патологические изменения в органах и т. д.

За последние годы выработаны новые методы изучения действия витаминов, так Freudenberg и Georgy предложили метод, позволяющий изучить действие витаминов in vitro; метод основан на определении усиленного потребления кислорода живыми, изолированными животными или растительными клетками, после добавления к ним веществ, содержащих витамины. Найдены цветовые реакции для витаминов **В** и **С**, именно их способность давать с фосфорно-молибденовой и фосфорно-вольфрамовой кислотой—синее окрашивание; дальше, при экспериментах пользуются изучением влияния витаминов на рост одноклеточных (бактерии и дрожжей); установлено, что все бактерии активируются витаминами; по Eisenberg'у бактерии делятся на три группы: на размножающиеся на чистых средах, требующие для своего размножения одного какого либо определенного витамина, и, наконец, нуждающиеся в целом ряде витаминов; по данным японских исследователей Hosoya и Kuroya рост бактерий на средах с витаминами и без них представляется в след. виде:

НАЗВАНИЕ БАКТЕРИЙ	Рост с прибавлением витаминов	Рост без витаминов
B. Coli	+ + + +	+ +
V. Cholerae	+ + + +	+ +
B. Pyocyaneus	+ + +	+ +
„ Anthracis	+ + + +	+ +
„ Typhosus	+ + + +	O
„ Paratyphosus	+ + + +	+
„ Dysenteriae (Shiga)	+ + +	O
Staphylococcus albus	+ + + +	+
„ haemolyticus	+ + + +	O
Pneumococcus	+ + + +	O
Meningococcus	+ + + +	O
B. Diphteriae	+ + + +	+

Стрептококки требуют для своего размножения еще больше витаминов; витамины влияют только на рост, но не на количество и силу токсинов; бактерии анаэробные и гемолитические требуют для своего роста, помимо витаминов, еще прибавления крови либо кусочка животной или растительной ткани, играющих роль фермента пероксидазы, разлагающей перекись водорода, вырабатываемую бактериями; по мере размножения бактерий и увеличения в среде перекиси водорода, рост бактерий без этого фермента приостановился бы; что касается дрожжей, то культивируемые в лабораториях, не могут размножаться без витаминов, дикие же дрожжи обходятся без них.

Накопившийся богатый опытный материал все больше и больше убеждает нас в огромном значении витаминов не только для животных и одноклеточных, но и для растений, что видно из того, что в растениях витамины находятся преимущественно в зеленых частях, т. е. в тех органах, которые играют роль в обмене веществ. В запасных частях растения, как клубнях, корнях и т. п. их весьма мало или вовсе нет. Вопрос о том, синтезирует ли само растение витамины или получает их из пахотной земли, в которой они образуются, благодаря деятельности почвенных бактерий, не вполне решен; более вероятным является второе предположение, если мы примем во внимание следующие факты: 1) в жарких странах наблюдается настоящее витаминное голодание, вследствие того, что земля там очень сухая, растительность скудная, почва бедна бактериями, животные поэтому питаются кормом, бедным витаминами, что отражается на населении; 2) количество витаминов в питательных средах, на которых размножаются микроорганизмы, идет параллельно процессу размножения. Pacini и Russel нашли в экстракте из в. Typhi и жидкости из питательной среды много витамина **B** и давно замеченный факт усиленного роста детей после брюшного тифа, некоторые авторы об'ясняют обогащением организма витаминами после перенесенной болезни.

Много внимания уделено за последнее время вопросу о характере деятельности витаминов, являются ли они дополнительными факторами питания, сводится ли их роль к обезвреживанию токсинов, накапливающихся в нашем организме, к участию в выработке гормонов или они являются катализаторами? По отношению к ряду витаминов, как **B**, **D** и **A** установлено, что их надо отнести не к группе катализаторов, а к химическим соединениям, участвующим в обмене веществ, что видно из факта нахождения витамина **B** в кале курицы, кормившейся хлебом и капустой, содержащими этот витамин (E. Cooper); Funk и Dubin нашли неизмененный витамин **D** в моче, но самым убедительными являются опыты Collazo и Funk'а: пара голубей размещены в отдельных клетках; одного голубя кормили пищей и витамином **B**, полученным аутолизом дрожжей; источником витаминов для второго голубя служила водная вытяжка кала первого голубя. Оказалось, что если в пищу первому голубю давалось мало **B**, то его в кале не находили, но появлялся в кале после увеличения дозы и являлся достаточным источником витаминов для второго голубя. Эти результаты полностью совпадают с результатами, полученными E. Cooper с витамином **A** над крысами. Когда крысам давался избыток витамина, то наблюдалась настоящая витаминурия. Между прочим, Funk обратил внимание на то, что при достаточном количестве витамина **B**, кал имеет желтый цвет, вероятно, вследствие содержания билирубина, при уменьшении же его количества цвет становился темно-зеленым от биливердина; это обстоятельство также может служить при экспериментах признаком присутствия или отсутствия витамина **B** в пище.

Все вышеприведенные факты говорят определенно за то, что витамины не являются катализаторами, обычно влияющие лишь на скорость реакции, но не расходующиеся при ходе реакции. В противоположность другим N содержащим веществам, покидающим организм в измененном виде, в виде мочевины, мочевой кислоты и т. п., химический скелет витаминов, как это явствует из опытов Collazo, Funk, Cooper и др., покидает организм в неизмененном виде.

Не было недостатка в попытках опрокинуть все учение о витаминах и свести все явления авитаминоза к питанию неполноценными белками (Röhmann и др.) Правда, многие явления авитаминоза наблюдаются и при питании неполноценными белками, но огромное количество вышедших работ не дают места такому взгляду и указывают на специфичность витаминов, тем более, что среди витаминов имеются и безазотистые, которые никак не могут служить материалом для постройки аминокислот. По новой классификации и терминологии Funk'а, под витаминами следует понимать гетерогенные, не вполне изученные, органические вещества, являющиеся необходимыми элементами нашего питания наравне с энергетическими и пластическими веществами. Все эти вещества он делит на две группы: 1) на витамины в тесном смысле этого слова, содержащие **N**, легко разлагающиеся от щелочей и встречающиеся большей частью в растительных веществах; к этой группе относятся **B** фактор антибери-бери и антиневритический, **C**—противоцынготный, **D**— сопутствующий **B** и способствующий росту одноклеточных и **P**—антипеллагрический; 2) ко второй группе относятся вещества, названные им витастеринами: они свободны от **N**, весьма резистентны по отношению к щелочам, даже крепким, встречаются большею частью в животных жирах, сюда принадлежат фактор **A**—противоксерофтальмический, **E**—сопутствующий **A**—антирахитический и **F**—усиливающий размножение животных. В самое последнее время намечен еще восьмой витамин, вернее витастерин **Z**—предупреждающий катаракт; он также находится в жирах животного происхождения; отсутствие этих витаминов не только вызывает авитаминоз и авитастериноз, но и делает организм менее устойчивым по отношению к инфекции и токсинам, так, крысы, выкормленные пищей без **A** и **B** оказались более чувствительными к малым дозам дифтерийного токсина, чем контрольные животные. Распространение витаминов и витастеринов в главных пищевых продуктах видно из следующей последней таблицы Funk'а.

ПИЩЕВЫЕ ВЕЩЕСТВА	B	C	P	A	E	F
Ржаной хлеб	+	O	*	*	O	*
Пшеничный хлеб . . .	O	O	O	O	O	*
Овощи и зелень . . .	+	+	+	+	+	+
Бобы	++	Мало	*	+	+	*
Картофель	++	++	*	+	+	*
Растительные масла . .	O	O	O	O	O	+?
Коровье масло	O	*	*	++++	*	*
Яйца	+	*	++	+	+	*
Мясо тощее	+	O	*	O	*	*

ПИЩЕВЫЕ ВЕЩЕСТВА	B	C	P	A	E	F
Молоко цельное . . .	+	+	++	+	+	*
Молоко тощее	+	+	+	O	O	*
Сыр	++	+++	*	+	+	*
Дрожжи	+++	O	+++	?	O	+?
Апельсины	+	+++	*	*	*	*
Сырые томаты	++	+++	*	+	+	*

* обозначает отсутствие точных сведений

Ознакомимся несколько ближе с каждым витамином в отдельности.

Витамин В

Находится во всех почти пищевых веществах, особенно в наземных частях растений, накапливаясь в семенах, большей частью в оболочках; много его в зеленой траве и очень мало в сухом сене, в котором клетки погибли. Много **В** содержится в быстро размножающихся одноклеточных организмах, как дрожжи, особенно богаты им аутолизованные дрожжи, из которых удалось получить продукт чрезвычайной активности: 0,00008 суточного приема совершенно достаточны для предупреждения болезни, искусственно вызванной соответственным питанием голубя весом в 300,0; Abderhalden, Schauman, Fränkel и Schwarz установили, что **В** ускоряет и усиливает спиртовое брожение, чем можно пользоваться для доказательства его присутствия. С химической точки зрения это стойкое циклическое соединение, в котором **N** и **O** включены в ядро. Он связан с нуклеиновой кислотою в виде пиримидинового основания; этим об'ясняется факт, указанный Chamberlain'ом и Wodder'ом, что при разложении белков бобов образуется **В**; Mattei нашел его также в жаренном кофе, тогда как в сырых кофейных зернах его не содержится. **В** находится во всех соках и тканях нашего организма, особенно сильна потребность в нем у молодых растущих организмов, с годами эта потребность уменьшается и тем больше мы нуждаемся в этом витамине, чем больше углеводов в пище; если держать опытное животное на пище без **В**, то в течение первых 10 дней никаких отклонений не наблюдается, затем замечается уменьшение количеств усвоенных углеводов, доходящее иногда до 66 %. Collazo и Kudriawcewa установили, что при пище бедной **В** наблюдается с начала гипергликемия, а к концу, при истощении организма перед смертью имеет место гипогликемия. Действие витамина **В** аналогично действию инсулина, уменьшающего количество сахара в крови; N. Dahr устанавливает идентичность **В** со секретами щитовидной и поджелудочной желез. Доказано, что берибери излечивается инсулином. При белковой пище потребность в **В** значительно уменьшена, как это установлено рядом авторов, как Randoix, Simmonet, Collazo, Funk и др. Это витамин не только антиберибери, но и антиневритический; если его оказывается мало в пище или он исчез из пищи, вследствие нагревания при высокой температуре, либо вследствие вымывания его водою при изготовлении пищи (**В** растворим в воде), то организм черпает нужный ему витамин из мускулов, затем из других органов, пока не доходит до мозга и наступает авитаминоз. Funk при этом нашел обеднение мозга **N** и умень-

шение фосфора на 20 %. Характер действия **B** не вполне выяснен: одни авторы склонны об'яснить его действие тем, что он обезвреживает токсины, другие же полагают, что **B** увеличивает количество каталазы в клетках, чем усиливаются процессы сгорания углеводов в мышцах. Wollard исследовал гистологически нервы животных, охваченных параличем на почве полиневрита, при чем нашел их вполне нормальными; поэтому Drummont полагает, что в отсутствии или недостаче **B** происходит уменьшение окислительных процессов в мускулах; это вполне согласуется со следующими данными: у животных с искусственно вызванным берибери найдено понижение дыхательных функций и изолированные ткани этого животного обнаруживают уменьшенную способность поглощать кислород. Существует мнение, что при отсутствии **B** в пище меняется бактериальная флора кишечника на такую, которая не способна синтезировать **B.** В подтверждение этого взгляда приводят тот факт, что у жвачных животных с их длинным пищеводом не всегда удается вызвать авитаминоз, вследствие присутствия ряда бактерий, способных к синтезированию **B.** Этот факт установлен Scheunert'ом Schieblich'ом, которые нашли этот витамин в bac. ac. lactis aerogenes и Strept. ac. lactis. По добавлении же к безвитаминной пище бактерии, способных к синтезированию **B,** явления авитаминоза исчезают. Весьма важным является факт, указанный еще Hopkin'ом, Funk'ом и др., что при пище бедной **B** опухоли уменьшаются в об'еме иногда до одной четверти; основываясь на этом, Copemann пытался лечить и часто с успехом больных раком, давая им пищу бедную **B**: весьма показательными являются опыты Ludwiga, опубликованные им в Schweizer med. Wochenschrift 1924 г. „Uber den Einfluss der Ernahrung auf das wachstum der Mausecarcinom". Одни мыши кормились витаминной пищей, другие—безвитаминной; когда им прививали раковые опухоли, то оказалось, что у мышей питавшихся безвитаминной пищей, опухоль не развивалась, у контрольных же мышей прививка дала опухоли на 90-100 проц., но опухоль, раз появившись, от дальнейшего изменения характера пищи не исчезала. Этим вероятно об'ясняется факт, указанный датским исследователем Hindhede: им собран огромный статистический материал по заболеваемости и смертности в Дании за время войны; оказывается, что с ухудшением питания населения уменьшилось также количество раковых заболеваний. Эти факты имеют огромный интерес, правда, пока только теоретический: экспериментаторам (Drummond'у и др.) пока не удалось истощить раковую опухоль, не истощая вместе с тем и самого хозяина, носителя опухоли.

Любопытными являются также опыты Abels'a, указывающие на значение **B** для кожных покровов и роста наружного зародышевого листа: он выщипывал перья из груди голубя, при чем новые перья не вырастали, если он кормил голубя пищей свободной от **B**; по его мнению, тот, факт, что дети, рождающиеся зимою весят меньше детей, рождающихся летом, можно об'яснить бедностью зимней пищи витамином **B**; лейкемию, болезнь Годжкинса и пернициозную анемию также приписывает отсутствию в пище **B** и отчасти **C.**

Витамин C

То, что отсутствие этого витамина вызывает синдром скорбута, установлено еще в XVIII столетии, как это видно из книги Kramera: „Medicina castrensis" Bachstrom, Linde 1758, тем не менее этот витамин недостаточно изучен до самого последнего времени, что видно из того, что жертвой такой недооценки **C** стали во время войны страны не только блокированные, но и блокирующие, как Англия, питавшаяся импортными конденсиро-

ванными и консервированными продуктами. Особенно сильно пострадала беднота, лишенная возможности питаться свежим молоком. За время войны были сделаны попытки ввести искусственно в пищу этот витамин, так Walter Tobler давал в своей Венской детской клинике скорбутным детям с успехом отвар еловых игл. Эта мысль, вероятно, была ему навеяна практиковавшимся в старое время методом лечения многих болезней отваром зеленых частей растений, когда растительный мир был единственным поставщиком медикаментов. Это лечение обычно проводилось весною, когда болезни пищеварительных и дыхательных путей усиливались к концу зимы, вследствие однообразной пищи и негигиенической жизни вообще. Весною растения содержат мало горьких, пахучих, жгучих веществ и алкалоидов, но много солей, слизи, сахаристых веществ, и что особенно важно, много витамина С; с этой целью больным давался натощак свежий сок (succus plantarum recenter expressus) из листьев, стеблей, корней Taraxacum, Trifolium, Centaurum, Althaea, Potentilla, Rumex, Saponaria, Farfara, Chelidonium, Carduum benedicti и мн. др.

Вспомним, что во многих местностях нашего Союза некоторые больные и сейчас пьют, как лекарство, березовый сок. С находится в капусте, салате, лимонах, яблоках и др. кислых плодах и овощах. Степень кислотности является отчасти индикатором богатства данного растительного вещества витамином С; присутствие кислоты делает его резистентным по отношению к t°, поэтому растительные вещества могут быть высушены без потери этого витамина; наоборот, по отношению к воздуху и щелочам он не стоек, поэтому с точки зрения защиты витаминов не рекомендуется прибавлять соду при варке овощей, что часто практикуется с целью облегчения варки. С вообще нестойкий витамин, как содержащий полифенольный радикал. Он инактивируется медью, что имеет практический интерес для молоковедов и для лиц, занимающихся пастеризацией и сгущением пищевых продуктов в медных сосудах.

В настоящее время роль фактора С достаточно освещена; работами норвежских исследователей, как Axel Holst и его сотрудников, кормивших морских свиней однообразными семенами без зелени, установлена идентичность животного скорбута с человеческим; затем установлена идентичность детской цынги—болезни Барлова со скорбутом; эта болезнь является не только результатом питания детей стерилизованным молоком, но и результатом питания кормящей матери пищей бедной этим витамином. Прав Karl Thomas, выразившись, что употребление свежей растительной пищи спасло больше жизней, чем уничтожение бактерий в пище; за последнее время считают, что этиология purpura и гемофилии лежит также в недостаче С.

Витамин D

D сопровождает часто В и находится в молоке, молодом горохе, зерне, бобах, фруктах, но не в жирах. Химически он представляет собою по Kendall'у альфа-гидроксинаминовалерьяновую кислоту. Он легко растворим в воде, но не в спирте; влияет на рост дрожжей и одноклеточных.

Витамин Р

Недостаточность, либо отсутствие его в пище не только вызывает пеллагру с большим процентом смертных случаев, но и отзывается, по некоторым литературным данным на слёдующих поколениях. В Западной Европе и в Америке наблюдается часто у людей припадки аналогичные пеллагре, особенно часто в связи с раком пищевода; этиология

этих т. н. пеллагроидов не выяснена в должной мере. Многими авторами оспаривается наличие специфического антипеллагрического витамина; к такому выводу пришел, например, в своей последней работе Georges Mouriqnand: его опыты над морскими свинками показали, что оболочки маиса не предотвращают от заболевания пеллагрой; его опытные животные одинаково заболевали независимо от того, питались ли они цельными маисовыми зернами или освобожденными от оболочек. Многие английские исследователи считают причиной пеллагри не отсутствие **P**, а результатом питания неполноценным белком-зеином, находящимся в кукурузе; Funk и датский исследователь Hindhede стоят за специфичность **P**, указывая на то, что факт излечения пеллагри полноценными белками (мясом) можно об'яснить тем, что животные белки абсорбируют витамины, оказывающие поэтому лечебное действие. Но если к этому прибавить, что бедное население Румынии и Болгарии заболевает пеллагрой, несмотря на то, что оно питается цельным маисом, то надо сказать, что скептическое отношение к этому витамину имеет веское основание. Как известно, существуют другие теории, об'ясняющие возникновение пеллагри, как теория интоксикации токсическими веществами, вырабатываемыми Aspergillus и Penicillum часто паразитирующими на маисе, теория инфекционная, по которой болезнь вызывается бактериями, названными приверженцами этой теории Streptobacillus Pellagrae; некоторые считают причиной—трипанозомы, разносимые бродячими птицами. Другие авторы видят причину пеллагри в Nematodes, водящихся в водоемах; третьи считают, что пеллагра вызывается protozoa; в подтверждение этой теории авторы приводят факт блапоприятного действия мышьяка на пеллагриков. Существует и фотодинамическая теория, которая сводится к тому, что испорченный маис дает токсические продукты, обладающие способностью делать кожу чувствительной к солнечным лучам; такие вещества существуют; так, белые мыши, после подкожного впрыскивания им гематопорфирина погибают на свету. Raubitschek нашел, что белые мыши при кормлении маисом через 6-8 недель погибают на свету.

Витастерин А

Этот витамин раньше назывался антирахитическим. По новейшим же данным Funk'а, как мы это раньше видели, рахит есть комплексное явление, как диабет и в прежнем **A** мы различаем: собственно витастерин **A**, предохраняющий от ксерофтальмии, **E**—специфически антирахитический и **F**—усиливающиий размножение. Витастерин **A** находится в овощах, бобах, зеленых листьях, зародышах семян, но не в самых семенах (за некоторыми исключениями), поэтому растительные масла, получаемые из семян, как льняное, подсолнечное, конопляное и др. свободны от **A**; из растений он переходит в животный организм и мы его находим в молоке, молочных продуктах, мясе, рыбе и т. д., особенно много **A** находится в образованиях, богатых фосфатидами (лецитином) и холестерином, как птичьи яйца, зародыши семян и т. п. Между цветом пищевых продуктов и количеством витастерина **A** существует определенное соответствие, так, светло-желтоватый картофель содержит мало **A**, в то время, как морковь, свекла, брюква и т. п. богаты им. Белый маис не содержит **A**, а желтый и оранжевый содержат его довольно много. Коровье масло содержит тем больше **A**, чем интенсивнее его цвет, этим обстоятельством пользуются фальсификаторы, подкрашивая зимою масло; желток яйца богат **A**, если же кормить кур бесцветным кормом, как мучными продуктами, кроличьим мясом, костяным порошком, то, как это доказал Parnas, яйца имеют белый цвет;

по добавлении же к корму травы, желток воспринимает свой натуральный цвет. Несомненно, что пигмент желтка—лютеин и пигмент коровьего масла стоят в близкой химической связи к растительным пигментам: каротину, ксантофиллу и хлорофиллу, но пигмент не идентичен с витамином **А**; его можно отделить от активного **А** (Mayroy-Stephenson); т. к. **А** аккумулируется в животных жирах, то это дало повод некоторым исследователям отождествлять его с самим жиром. Были даже попытки колебать теорию изодинамии, особенно развитую в период жирового голода, во время последней войны; говорили, что жир не может быть заменен изодинамически углеводами; ошибка кроется здесь в том, что эти авторы идентифицировали жир, как таковой с растворенным в нем фактором **А**. Несомненно, что можно значительно уменьшить количество жира в рационе, если дать изодинамически соответствующее количество углеводов при условии содержания в пище веществ богатых **А** и наоборот, самая лучшая и жирная пища ведет к авитастеринозу, если она не содержит этого витастерина. То, что **А** не идентичен с жиром, видно, во-первых, из того, что существуют жиры, **А** не содержащие и, во-вторых, во многих веществах жиров вовсе не заключается, как зеленые листья, однако, они богаче **А**, чем многие жиры. То, что **А** должен быть отнесен к стеринам, видно из того, что растительные жиры, характеризующиеся присутствием фитостерина, активируются ультра-фиолетовыми лучами, как чистый холестерин, хотя он не идентичен с холестерином; это не стойкий витамин по отношению к кислороду: он легко окисляется и восстанавливается, но в отсутствие кислорода хорошо переносит высокую температуру, даже нагревание в течение $2^1/_2$ час. при 120° С. не уничтожает его. Наш организм располагает некоторым запасом его, так что временная недостача нами не чувствуется. Грудные дети могут довольно долго существовать без **А**, прибывая даже в весе; при отсутствии его в течение очень долгого времени развивается ксерофтальмия и ослабляется способность противостоять инфекции. Во время войны в Дании переболело ксерофтальмией свыше 1.000 детей со многими случаями полной слепоты, как результат того, что молоко перерабатывалось на масло, которое вывозилось в Германию и Англию, а само население питалось тощим молоком и маргарином. Организмы сформировавшиеся менее реагируют на недостачу **А**, чем организмы растущие. Некоторые полагают, что недостаток **А** обуславливает Адиссонову болезнь. Опыты Wars Nakahara над крысами показали, что **А** способствует усвоению организмом других жиров пищи. Aron показал, что хотя морковь богата **В**, но полное действие его сказывается при одновременном присутствии **А**.

Витастерин Е

Этот витастерин хорошо изучен за последние два года, благодаря методике, дающей возможность вызвать экспериментальный рахит у животных (опыт Mellanby над собаками и Mc. Collum над крысами). Отсутствие его вызывает нарушение отношений между фосфором и кальцием в костях. Наличие рахита устанавливалось рентгенограммой, определением количества фосфора в крови и гистологически. В организме взрослых недостача **Е** вызывает остеомаляцию, т. н. рахит взрослых, особенно у беременных женщин; эта болезнь получила огромное распространение во время войны; отсутствие **Е** обуславливает также болезнь Schlater'a или Legg-Perthes'a (это скрытая форма рахита). Крошение зубов является также результатом отсутствия **Е**; хотя при этом идет процесс бактериального характера, но первопричина лежит

в ослаблении способности ткани к отпору, вследствие обеднения ее кальцием от нерациональной диэты. E всегда сопровождает A. Особенно богат этим витастерином рыбий жир; техника выделения довольно сложная: восстановлением рыбьего жира водородом, в присутствии Pd до получения кристаллической массы, при низкой t° и отсутствии воздуха, получается продукт, содержащий оба витастерина; их извлекают спиртом вместе с холестерином, последний отделяют дигитонином и получают продукт, содержащий E в 10.000 раз больше, чем исходный материал—рыбий жир; этим концентрированным раствором можно пользоваться для обогащений пищевых продуктов бедных E, как растительные масла, молоко и др.

Витастерин F

находится в пищевых веществах, особенно в масле извлеченном из зародыша семян. Присутствие его доказано впервые Evans'ом и Bisoph'ом: они кормили крыс пищей, состоящей из полноценных белков, углеводов, солей, витамина **B** и витастерина **A** и эта пища оказалась вполне достаточной для нормального роста и сохранения здоровия крыс, но самки приплода не имели, или имели мало и не были в состоянии выкормить своего потомства; очевидно, что отсутствие этого фактора вызывает патологическое изменение в половых органах, в результате чего плод рассасывается и нарушаются лактационные функции, при чем внешне животные имеют нормальный вид; вероятно **F** участвует в выработке половых гормонов. Evans и Burr получили фракцию отгона сильной активности: 0.0005 этого вещества, данные самке-крысе, предварительно сделанной временно бесплодной, приводят к полному возвращению плодовитости и возможности вскармливания своих детенышей.

II.

Прошло то время, когда лица занимающиеся исследованием и оценкой пищевых продуктов, либо работающие в области общественного питания, могли довольствоваться одним определением в пище количества белков, жиров и углеводов; в настоящее время необходимо установить в рационах не только минимум этих веществ, но и минимум витаминов: надо также всемерно оберегать и обогащать нашу пищу витаминами; рассмотрим с этой точки зрения ряд наиболее важных продуктов нашего питания.

М о л о к о свежее и сырое содержит **B, C, D, P, A** и **E**; количество их зависит, во-первых, от породы коров, как это доказали Drummond, Coward и Watson. Так, Дзержейская порода дает молоко более богатое витаминами, чем Гольштинская, а молоко нормандской коровы содержит максимальное количество **A**. Количество витаминов идет параллельно с интенсивностью пигментации запасного жира тела; дальше количество и качество витаминов зависит от корма и времени года: летом молоко богаче фактором **E**, вследствие действия ультра-фиолетовых лучей, поэтому зимнее молоко является менее ценным для питания детей; если корову, либо корм подвергнуть освещению ультрафиолетовыми лучами, то антирахитические свойства молока значительно возрастают, но молоко от этого несколько пахнет озоном. Стерилизованное молоко задерживает рост, вследствие разложения **D**, но антирахитические свойства сохраняются полностью. Витамин **B** связан с лактозой и легко может быть отделён от нее дробной кристаллизацией; несмотря на то, что **B** содержится в весьма незначительном количестве, однако, присутствие его влияет на рост, так, для крыс ежедневная дача в 10,0—15,0 молока, даже тощего и свободного

от белков, оказалась достаточной, чтобы поддержать рост; при скисании молока количество **С** уменьшается, поэтому в скисшем молоке его меньше, чем в свежем, но количество прочих витаминов увеличивается, вследствие размножения микроорганизмов. Благотворное действие Мечниковского лактобациллина и югурта обуславливается, может быть, в значительной степени возросшим количеством витаминов. В виду того, что **С** не выносит высокой t°, то за последнее время за границей при изготовлении сгущенного, либо сухого молока, его не кипятят, а пропускают через нагретые валы. Витамин **А** находится в жировых шариках, поэтому его много в молозиве и мало в снятом и разбавленном молоке, но он содержится не исключительно в жировых шариках; доказано, что технический казеин, получаемый из тощего молока, а также сыворотка, служащая материалом для получения молочного сахара, также содержит немного **А**, вследствие процесса суммирования; несмотря на скудное количество его в казеине и молочном сахаре, они, однако, достаточны для поддержания роста. Грудные железы суммируют витамины **А** и **В** из всего организма, поэтому, если кормящая мать не получает этих витаминов с пищей, то ее организм истощается, но дети развиваются нормально. Так как при пастеризации и стерилизации молока витамины уничтожаются, то было предложено прибавлять к молоку лимонный сок, с целью вернуть ему антискорбутное действие: из лимонного сока, освобожденного от сахара и лимонной кислоты добыт продукт 0,00045 суточного приема которого достаточно для предупреждения заболевания цынгой морской свинки, весом в 300,0.

Натуральное свежее к о р о в ь е м а с л о характеризуется богатством **А**; в топленном масле количество витаминов уменьшено, а в прогорклом—их еще меньше, так как при прогоркании масло окисляется и часть витаминов пропадает; по этой причине масло вообще беднее витаминами, чем молоко, так как при сбивании масла витамины приходят в больший контакт с воздухом и окисляются. В отсутствии воздуха витамины масла довольно стойки по отношению к нагреванию: в маргариновом масле мало витаминов, а в искусственных гидрогенизированных маслах, как салолин, саломась, тальголь, олинит и т. п., витаминов вовсе не содержится, во-первых, потому, что исходным материалом служат растительные жиры, витаминов не содержащие, во-вторых, даже в случае примешивания других жиров, то их витамины пропадают, вследствие целого ряда неблагоприятных факторов, как применение катализаторов, реакция восстановления водородом, нагревание и т. п.; что касается коковара и пальмина, то хотя в исходном материале витамины имеются, но в виду того, что при извлечении и обработке этих жиров прибегают к нагреванию паром и обработке щелочами, поэтому их витамины пропадают.

Р а с т и т е л ь н ы е ж и р ы свободны от витаминов, но подвергнутые радиации ультра-фиолетовыми лучами они приобретают антирахитические свойства (опыты Steenbok'a Hess'a, Weinstok'a Helemann'a) т. к. чистый холестерин также активируется ультра-фиолетовыми лучами, то полагают, что благоприятный эффект от лечения рахитиков светом обусловливается активированием их собственного холестерина. Ни Funk, ни Hess не нашли никаких химических изменений в самом холестерине после радиации, но констатировали лишь более легкую пропускаемость ультра-фиолетовых лучей. Drummond констатировал следующие изменения холестерина под влиянием радиации: потеря кристаллической формы, изменение цвета, понижение t° плавления; несомненно,

что при радиации происходит образование антирахитического витамина насчет холестерина, хотя экспериментально это не доказано. При освещении лучами, даже минимальные количества фосфора достаточны для того, чтобы рост происходил нормально. Kugelmass и др. доказали, что все средства, богатые **E** и действующие антирахитически, высылают лучи, действующие фотохимически на фотографическую пластинку.

Говяжье сало бедно витаминами; количество их зависит от корма, при подножном больше, чем при стойловом содержании; еще беднее витаминами свиное сало, так как свиньи не питаются зеленым кормом.

Количество витаминов в сырах зависит от их жирности и количества бактерий, участвовавших в созревании сыра; жирный сычужный сыр является таким образом хорошим источником витаминов, поэтому все народы, питающиеся однообразной растительной пищей, бедной витаминами, инстинктивно потребляют много сыра, так, итальянцы, питающиеся своей национальной полентой, состоящей, главным образом, из маисовой муки, употребляют также в пищу много пармезана. Японцы и китайцы, питающиеся большей частью рисом вместе с тем потребляют соус, хлеб и сыры из бобов сои, содержащих много белков, жиров и витаминов; из сои готовят сыр путем созревания, как наши сычужные сыры, поэтому мы видим массовое потребление этого сыра в Японии в виде Tofu-Natt, Teou-Fou; Tao-Tche в Китае и Dah-Phu в Анаме. По данным Agnes, Fanmorgan и др. сыр чеддер и лимбургский содержат так много **A**, что ежедневная дача в 0,5 рахитическим крысам излечивает их полностью и способствует их росту; швейцарский сыр действует несколько слабее.

Яйца играют такую же физиологическую роль, как молоко, поэтому, естественно, что они содержат все нужные элементы для образования самостоятельно живущего организма и почти все витамины; количество их идет параллельно с цветом желтка и зависит от корма.

Мясо, взятое в целом содержит **B, C, A,** и немного **P**; одни мышечные волокна содержат только **B** и **P**; не все органы одинаково богаты витаминами: печень, мозг, почки и сердце богаче **A** и **B,** чем мышцы, особенно много витаминов заключается в печени и серой корке мозга; хотя при варке большая часть витаминов мяса пропадает, но остающаяся часть все-таки может служить защитой против некоторых авитаминозов; что касается рыб, то в общем они беднее витаминами, в виду того, что они беднее жиром; в селедках витаминов почти не содержится.

Растительные вещества. В цельном ржаном или пшеничном зерне имеется **B,** главным образом, в зародыше и алейроновом слое; эндосперм содержит лишь незначительное количество его; по некоторым данным, в оболочках зерна содержится **C**; так как при прорастании зерна овса **B** уменьшается, а **C** увеличивается, то по Funky есть связь между этими обоими витаминами; у него сложилось впечатление, что в сухом зерне, богатом жиром и бедном водою, содержится только **B,** при прорастании зерна уменьшается количество жира, увеличивается количество воды и **B** переходит в **C**. Эта связь видна еще из следующих фактов: 1) население осажденного Парижа питалось рисом и заболевало цынгой; 2) часто цынга протекает с явлениями бери-бери. Еще Fröhlich u Holst показали, что не только полированный рис, но и все злаки, освобожденные от оболочек, вызывают у куриц и голубей скорбут. Так как количество **C** увеличивается при проростании зерна, поэтому много его находится в солоде и во всех

напитках, основанных на брожении, как пиво, вино и т. п.; что касается витастерина **А**, то присутствие его в зародыше не всеми признается; в виду того, что оболочки с зародышем, составляющие т. н. отруби большей частью отсеиваются, то чем больше отрубей удалено, тем мука беднее витаминами, поэтому в пшеничном хлебе их вовсе нет. Конечно, употребление белого хлеба не грозит нам катастрофой, ибо мы получаем нужные нам витамины из других источников, а, вовторых, пшеничный хлеб приобретает витамины из дрожжей, применяемых для печения; хотя при t⁰ печи сами дрожжи погибают, но витамины остаются, так как внутри хлеба t⁰ обычно держится около 70⁰С. и не свыше 100⁰С. Доказано, что дрожжи, нагретые до 120⁰С. способны еще излечивать полиневриты. Стойкость витаминов в хлебе усиливается еще тем обстоятельством, что поры теста наполнены угольной кислотою, защищающей витамины от окисляющего действия воздуха; с витаминной точки зрения надо по возможности ограничить применение для печения белого хлеба и кондитерских изделий—искусственных порошков, хотя экономически применение этих порошков выгодно, так как при этом не происходит разложения углеводов, но входящая в состав этих порошков или образующаяся при t⁰ выпечки щелочь разлагает ряд витаминов и из-за отсутствия дрожжей количество витаминов в таком продукте доведено до минимума. Что касается круп, то из вышесказанного следует, что они бедны витаминами, либо их вовсе не содержится, поэтому хваленая овсянка, так широко применяемая для питания детей, с точки зрения витаминов, вовсе не заслуживает того внимания, которое ей уделяется, тем более, что дети нуждаются в большем количестве витаминов, чем взрослые, вследствие однообразия их пищи, а также в виду того, что они находятся в периоде роста.

Горох, бобы, чечевица содержат мало **А**, за исключением бобов сои, содержащих 18 проц. жира, много **А** и **В**.

Овощи и зелень, хотя обладают слабым калорийным эффектом, но в отношении витаминов занимают весьма видное место: они содержат почти все витамины; картофель, чем он свежее, тем богаче он витаминами, которые сосредоточены в шелухе; при варке картофеля с шелухой меньше пропадает витаминов; долго вываренный картофель вызывает у куриц полиневрит; для сохранения витаминов рекомендуется не шпарить овощи кипятком, долго не варить, и использовывать отварную воду для пищи, сушить овощи при возможно низкой t°, картофельной шелухи не выбрасывать, а раздавливать ее, сушить, молоть и употреблять для кухни.

Плоды и ягоды. Особенно богаты витаминами сырые томаты, содержащие много **В, С** и **А**, и здесь замечается параллелизм между интенсивностью цвета томатов и количеством содержащихся в них витаминов; дальше по богатству витаминами идут лимоны, апельсины (содержат **В** и **С** в желтой части корки); количество **В** в них не меньше, чем в свежем молоке; яблоки, груши, малина, земляника содержат витамины в несколько меньших количествах; так как при сушке плодов и ягод, а также при варке варенья количество **С** уменьшается, поэтому за последнее время предложен ряд аппаратов для изготовления варенья, сиропов и мармелада холодным путем (аппарат Barrun-cander и др.), можно просто настоять плоды и ягоды на сахарном растворе, при чем качество продукта не только не страдает, но наоборот аромат лучше сохраняется.

Орехи содержат много **А**, вследствие их богатства жирным маслом, часто доходящим до 45—60 проц.

Мед натуральный содержит немного витаминов; растопленный же не содержит ни витаминов, ни ферментов; добавлением потерянных витаминов можно поднять витаминную ценность меда.

Вино богато **В** и **С**, так как спиртом они не уничтожаются и чем сильнее идет брожение сусла, тем богаче напиток витаминами, поэтому определенное значение в смысле витаминов имеет и столовый уксус, полученный брожением слабого спирта; в уксусе же, полученном сухой перегонкой дерева, витаминов нет.

Найдены витамины и в грибах, так по данным Sabur'a Hor'a в боровиках содержится много витаминов роста и антиневритических, в шампиньонах мало витаминов, еще меньше их в лисичках, чернушках и опенках; вопрос о присутствии в грибах **А** не выяснен; сушеные грибы витаминов почти не содержат.

Рыбий жир может считаться не только лекарством, но и пищевым продуктом, он содержит максимальное количество **А** (превышающее в 200 раз количество этого витамина в другом, самом лучшем жире); количество **А** и **Е** сравнительно в нем небольшое, присутствие **С** находится под сомнением; **А** и **Е** находятся в неомыливающейся части жира (в холестерине); нахождение витаминов в рыбьем жире об'ясняется тем, что треска питается фитопланктоном, в котором водится много зеленых водорослей, к тому же печень вообще суммирует витамины (рыбий жир получается из печени трески); в виду важности рыбьего жира, как богатого источника витамина, последняя X фармокопея С.-А. Соединенных Штатов предлагает стандартизировать этот жир по отношению к витаминам, именно 1,0 должен содержать не менее 50 единиц действия; а за единицу действия принимается минимальное дневное количество, потребное для устранения симптомов витаминного голодания у подростающих белых крыс и вызывания у них после 35-дневного опыта прибавки веса в 10—20,0.

Из всех этих данных можно сделать следующие выводы.

1. Ввиду важности витаминов для нашего питания необходимо уделить этому вопросу больше внимания, чем это делалось до сих пор.

2. При установлении рациона пищи в местах общественного питания, особенно при детском питании, необходимо установить минимум витаминов.

3. Надо озаботиться, чтобы кормящие женщины имели дешевый и верный источник витестерина **А**.

4. Необходимо взять под надзор сушилки овощей и др. продуктов, с целью рационализации сушки во избежание потери антискорбутного витамина **С**.

5. Необходимо уделить должное внимание целесообразности изготовления пищи в местах массового питания с точки зрения защиты витаминов, увеличить количество зелени в рационах, не варить в котлах при высоком давлении, иметь в кухнях экстракты витаминов для прабавления в нужных случаях к пище; в Западной Европе давно выпущен ряд таких препаратов, как „витаминоза", орипан" „rubio", экстракт моркови, вытяжки из дрожжей и солода и мн. др.; надо инструктировать поваров в вопросе о стойкости витаминов по отношению к разным факторам; по Funk'у отношения витаминов и витастеринов к физическим и химическим агентам таковы:

Название витаминов	T° инактивирования	Влияние окислителей	Влияние восстановителей	Влияние щелочей	Влияние кислот	Влияние коллоидального осадка
B	120°—130° C.	+	+	—	+	—
C в овощах и зелени .	50°— 60° C.	—	*	—	+	+
C в лимонах и помидорах .	100°—120° C.	—	*	—	+	+
P	НЕТ ДАННЫХ					
D	130°—140° C.	+	+	—	+	—
A	+ +	—	+?	+	+	+
E	+ +	—	+	+	—	+
F	+ +	*	*	+	*	*

+ обозначает сохранение витамина.
— обозначает исчезновение витамина.
* обозначает отсутствие данных.

6. Двойная фальсификация молока, т. е. снятие жира и разбавление водою должна преследоваться особенно строго, т. к. больные, питающиеся молочной пищей и дети лишаются источника витаминов, что особенно важно в зимние месяцы, когда молоко вообще бедно витаминами; витаминность молока в зимнее время можно увеличить, если дать корове корм богатый C, либо подвергнуть корм или корову освещению ультра-фиолетовыми лучами.

7. Прибавление соды к молоку, часто применяемое фальсификаторами, с целью продажи несколько скисшего молока, должно наказываться строже, чем до сих пор.

8. Так как богатство коровьего масла витаминами пропорционально интенсивности цвета, то, чтобы не ввести в заблуждение потребителей, недопустимо окрашивание масла даже красками безвредными, что весьма важно для лиц нуждающихся в усиленном питании жиром, как туберкулезные больные, либо кормящие матери; в случае выпуска в продажу искусственных масел необходимо добавить желтки яиц, вытяжки дрожжей и т. п. с целью поднятия их витаминной ценности и, наконец,

9. желательно стандартизировать рыбий жир.

Литература.

1. K. Funk—„Die Vitamine“.
2. Ragnar-Berg—„Die Vitamine“.
3. К. Функ—„Витамины“, очерк по физиологии.
4. Lexicon der Ernährungskunde т. V.
5. Э. Фурман—„Учение о витаминах“.
6. Iuckenack—„Unsere Lebensmittel von Standpunkt der Vitaminforschung“.
7. Egon Eichenwald—„Probleme und aufgaben der Nahrungsmittelchemie“.
8. Otto Kestner u Kniping—„Die Ernährung des Menschen“.

9. K. Funk i Augustus Levy—„Przemiana soli nieorganicznych u szczurów pod wplywem vitamin B i D“, medycyna doświadczalna i społeczna. T. I, zeszyt 5-7 1923 г.

10. Collazo i K. Funk—„Zależność ilości witamin, wymaganej przez organizm od stosunku białka do skrobii w pożywieniu“ medyc. doświadcz. T. II, zeszyt 1-2 1924 г.

11. I. Collazo i K. Funk—„Przemiana witaminy B, jako jednego ze składników pożywienia i wydzielenia jej u gołębi“ med. doświadcz. T. III, zeszyt 5-6 1925 г.

12. K. Funk—„Obecny stan nauki o witaminach“, med. doświadcz. T. IV, zeszyt 3-6 1925 г.

13. I. Charcot—„Scorbut moderne ou maladie de conserves“ Bulletin de societé scientifique d'hygiene alimentair № I, 1926 г.

14. E. Leerzum—„Sur la teneur en Vitamine C du lait cru ou pasteuriese“ Bulletin hyg. aliment. № 8, 1926 г.

15. Рёман—„Искусственное питание и витамины“.

16. К. Саргин—„К вопросу о биологическом испытании Ol. jecoris“, химико-фармац. журнал № 23, 1926 г.

17. Mc. Collum—„Взаимоотношения между пищевыми продуктами с т. зр. замены друг другом“, сборник № 5 „новые идеи в медицине“.

18. Б. Словцов—„Современное учение о витаминах“ в том же сборнике.

19. H. Simmonet—„Etude comparative des Effets de la carence en facteur lipo-soluble A et des effets de la sous alimentation totale sur le developpement d'organizm hygiene alimentaire, volum XIII, № 28. 1925 г.

20. Cannon—„Formules de differents types de regime et methodes de preparation des aliments, employès pour les experiences de nutrition sur le rat“, hygiene aliment. volum XIV 1926 г.

21. Prof. Frank—„Über vitamine und vitaminmangelkrankheiten“ medicinische Klinik № 42, 1926 г.

22. Chemisches centralbllat за 1925-1927 г.

РЕФЕРАТЫ

Schreiber. „Дитя Х-лучей“.

Soc. de Pediatr. 18/XI-25г. Presse medicale, 1925 г., № 97.

В заседании парижских педиатров автор демонстрировал ребенка 2-х лет микроцефала, весящего 4650 грамм. Таким образом, по весу ребенок подходил к весу ребенка 2-х месяцев.

Во время беременности этим ребенком мать 40 лет, первородящая, по поводу фибромы матки получила 12 сеансов Х-лучей в период 4-х месяцев. Роды окончились кесаревым сечением и удалением матки. Ребенок при рождении весил 1620 грамм.

Наряду с физической отсталостью ребенок отстал и в интелектуальном развитии.

На различных участках кожи этого ребенка были коричнево-кофейные пятна, остатки радиевого внутри-утробного дерматита.

А. Прокопчук.

Benson Cannon and Ornstein. Бацилла туберкулеза, как этиологический фактор красной волчанки.

Archiv of Dermatol. and Sypnililogie, 1925 г., стр. 691.

Авторы привили биопсированные кусочки от больных с Lupus erythematodes морским свинкам, при чем из 23 прививок у 5 свинок развился туберкулез, поэтому эти исследования подтверждают туберкулезную этиологию красной волчанки.

А. Прокопчук.

Sicard, Haguenau, Lichtwitz.

Presse médicale 1926 г., № 2, Soc. de Neurolog. 3-XII, 1925 г.

Авторы рекомендуют при лечении пролежней 1 проц. раствор трипафлавина.

(Трипафлавин—желтый порошок, обладающий красящими антисептическими и фотодинамическими свойствами, производное окридина, антраценового ряда. Прим. референта).

А. Прокопчук.

Levaditti, Nicolau, Gallonay, Manin. Терапевтическое действие теллура при экспериментальном сифилисе.

Soc. de Biolog. 5-VI—1926. Presse médicale, 1926, № 47.

Авторы применили соединения теллура при экспериментальном сифилисе кроликов и их спонтанном спирохетозе, при чем оказалось, что растворимые соли теллура, как теллурат натрия, очень ядовиты и, вследствие этого, достигнуть терапевтического эффекта невозможно.

Зато нерастворимые соединения теллура, как двуиодистый теллур, иод-хинин-теллур, окись теллура показали длительное и глубокое лечебное действие, что об'ясняется авторами малой их ядовитостью и медленным выведением нерастворимых соединений из организма. Механизм действия препарата аналогичен висмутовым соединениям.

А. Прокопчук.

Hudelo, Kaplan. Сифилитическая аневризма аорты, вскрывшаяся в спинно-мозговой канал.

Soc. méd. de Hôpit. 16/VI-26 г. Presse médicale, 1926 г., № 58.

В заседании авторы демонстрировали патолого-анатомические препараты больного мужчины, 59 лет, с 30 летней давностью сифилиса, который долгое время страдал медленно прогрессирующей пульсирующей опухолью в области аорты, при чем после вливания 0,15 Neosalvarsan'а больной спустя несколько часов погиб и на вскрытии оказалось, что аневризматический мешок вскрылся в спинно-мозговой канал.

А. Прокопчук.

Mouге. Относительная частота микозов.

Presse médicale, 1926 г., № 18.

Автор разбирает 100 случаев хронических нагноений в виде подкожных абсцесов, остеитов, гнойных артритов, нагноений во внутренних органах и т. д., при чем в 5 случаях им было доказано происхождение этих хронических нагноений, вследствие внедрения спороносного грибка sporotrichon. В двух случаях споротрихоз был на коже, в одном случае дал поражение костей, в одном—мышц и в последнем—суставы. Автор кропотливо делал посевы, при чем из 10—20 засеяных пробирок рост грибка получался в 2-3-х.

Автор рекомендует также пользоваться спороаглютинацией и делать также прививки морским свинкам.

Гистологическая картина обманчива и напоминает картину псевдотуберкулеза. Иодистое лечение споротрихоза дает прекрасный результат.

Автор считает, что микозы встречаются гораздо чаще, чем о них думают.

А. Прокопчук.

Letulle, Dalsace. Скрытые формы сифилиса легких.

Presse médicale, 1926 г., № 25.

Авторы дают очерк скрыто протекающего сифилиса легких преимущественно у старых сифилитиков.

Материал их иллюстрируется прекрасными патолого-анатомическими рисунками различных проявлений сифилиса легких.

Они описывают образование на поверхности легких втянутых рубцов, „звездчатый эластогенный склероз легочной ткани", склерозные бронхоэктазии, специфические бронхиолиты и лобулиты, язвенные и вегетирующие бронхиопатии, специфические перибронхиты, диски мутилирующего очагового склероза с компенсаторной периферической эмфиземой, вегетирующие специфические краевые альвеолиты, узлы и бронхоальвеолиты, как результат милиарного гуммозного поражения.

А. Прокопчук.

Jousion, Voucel et Diot. Акридинотерапия при гонорройных процессах, ее интерес, ее будущность.

Presse médicale, № 51, 1926 г.

Авторы рекомендуют при лечении гонорреи различные препараты акридина, производного антрацена, в котором группы CH заменена атомом N. Из производных акридина авторы пользовались гонакрином. Акридиновые препараты (трипапфлавин, гонакрин, бензофлавин) обладают красящими антисептическими свойствами, фотодинамическими и также действуют избирательно на клетку, изменяя ее активность. Авторы приводят десятки случаев излеченных внутривенными вливаниями и считают, что акридиновым препаратам в будущем принадлежит та же роль при гонорреe, как и сальварсану при лечении сифилиса. Авторы приводят большую литературу к вопросу.

(Примеч. референта: появление целого ряда осложнений, как нитритогенные кризы, поражение почек, ирит и другие осложнения заставляют отнестись к выводам авторов с большой осторожностью, требуют детальной клинической проверки препаратов на большом материале. Короткий срок наблюдений авторов также ставит под сомнение их оптимистические выводы).

А. Прокопчук.

Bilderback. Акродиния.

Journal of the American Med. Association, № 4, T. 84, 1925 г.

Под названием pink-disease или розовой болезни, эритредэмы, акродинии или дермато-полиневрита Swift описал болезнь, спорадически встречающуюся в Австралии и С.-А. Соедин. Штатах, которая поражает исключительно детей в возрасте от 6-7 месяцев до 2-3 лет.

Заболевание носит хронический характер, дает хороший прогноз, этиология—неизвестна.

После продромального периода, похожего на легкую форму инфлюэнцы, наступает 2-3 недельный промежуток общего недомогания, за которым развиваются расстройства: а) общего питания, б) нервной системы и с) кожных проявлений, состоящих из общей слабости, потери в весе, отсутствия аппетита, бессонницы, крайней раздражительности, светобоязни, парезов, отсутствия рефлексов, диффузной эритемы, холодных кистей и стоп с отеком и цианозом их, высокого кровяного давления, чрезмерной потливости, сыпи типа sudamina (потница) с шелушением, выпадения волос и зубов, увеличения слюноотделения, лейкоцитоза до 20—30.000 с преобладанием полинуклеаров, распада миэлина периферических нервов и увеличения мелких клеток серого вещества спинного мозга. Встречаются случаи с гингивитом, стоматитом и резкой саливацией. Лечение симптоматическое. Помогает горное солнце и иногда туберкулин.

А. Прокопчук.

Ruëdi, Th (Davos): „О туберкулезе гортани“.

Archiv internat. de Laryngol. usw., Dezember 1925.

Статья представляет большой интерес не только для специалиста ляринголога, но и фтизиолога и терапевта в виду богатого семнадцатилетнего опыта автора, собравшего 2800 случаев различных форм туберкулезного поражения гортани. На основании своих наблюдений

автор считает, что в значительном числе случаев tbc гортани излечим. Очень хорошее влияние оказывает горный климат, особенно благоприятный для случаев язвенных поражений голосовых связок. Длительное наблюдение (в течение 5-ти и больше лет) за оперированными больными показало полное излечение в 35,9%, из коих в 52% процесс был на связках, а в 27% на задней стенке. Автор указывает также на важность совместной работы ляринголов с терапевтами для правильного прогноза и терапии. При активном процессе в легких больные почти всегда реагировали лихорадочным состоянием на незначительные манипуляции в гортани, даже на одну только лярингоскопию. Поэтому необходимо быть осторожным с каутеризацией гортани при эксудативном и деструктивном процессе в легких. От местной гелиотерапии автор отказался в виду невозможности достаточно сконцентрировать лучи в гортани и безуспешности этого метода, который оставлен даже в Финзеновском Институте и заменен специальными электро-световыми ваннами, дающими хорошие результаты. Рентгенотерапия, по наблюдениям автора, подходит только для начальных случаев с продуктивным характером процесса. Krysolgan при деструктивном процессе в легких противопоказан, ибо вызывает резкую, подчас угрожающую, легочную реакцию. Прогноз при tbc гортани зависит не только от формы и локализации процесса, но также от общего состояния организма. Очень плохое предсказание при осложнении милиарным процессом в зеве и диффузной инфильтрацией надгортанника. Серьезное значение нужно придавать болям при глотании, которые часто указывают на глубоко проникающий процесс с перихондритом, артритом и миозитом. Что касается оперативного лечения, то показаниями для него являются:

1. Инфильтративный или язвенный процесс 1-ой и 2-ой степени при фиброзном процессе в легких, если он не улучшается под влиянием климатического и консервативного лечения.
2. Кашлевые раздражения, как результат поражения связок или задней стенки, которые вредят легочному процессу и не могут быть устранены другим путем.
3. Дисфагические явления при инфильтрации входа в гортань, даже при деструктивном процессе в легких.
4. Стеноз гортани.
5. Лихорадочное состояние, обусловленное самим гортанным процессом.
6. Психическая подавленность больного, вследствие боязни tbc гортани.

В заключение, автор, несмотря на то, что холодный и сухой воздух высоких мест вызывает иногда сильные кашлевые раздражения, высказывается за климатическое лечение больных с tbc гортани на горах.

А. Цукерман.

H. Thomsen. Angensymptome In 115 Fällen von Encephalitis lethargica.

Monotsbl. f. Adgenheilk. Band H. XXVI. 1926.

Автор сообщает результаты исследования глаз в 115 случаях Enceph. leth. У 66 случаев заболевания глаз были первыми симптомами болезни, что и побуждало больных сначала обращаться к автору. Остальные 49 были исследованы автором в разных больницах, при чем только у 8% не было симптомов со стороны глаз. Парагномонических глазных симптомов при Enceph. leth. не имеется. Чаще всего встречается диплопия (87—75%) и часто как первый симптом Enc. leth, при чем N. oku-

lom. и N. Abduc. поражены одинаково часто, N. Trochl—редко. В девяти случаях имелось парез акком. дации; в 12 случаях—анизокория и в 3 случаях—феномен Argyll-Robertson'a. В 33 проц. имелся нистагм в комбинации с другими симптомами, птозис—в 10%, при чем всегда проходящий. 16 случаев Neuritis optica и 6 случаев Neur. retrobulb. дополняют многообразную картину частью быстро проходящих глазных симптомов при Enc. leth.

Д. Кантор.

Dr. P. A. Jaensch. Spat-und Restsymptome an den Augen bei Encephalitis epidemica.

Monatsв! f. Augenheilk. Band LXXVII, 1926 г.

Имеющиеся сообщения о глазных симптомах при Enc. epid касаются, главным образом, свежих случаев заболевания. Согласно этим сообщениям, поражения глаз встречаются в 80—90 проц. всех свежих случаев, и часто глазные симптомы являются первыми симптомами болезни. Превалируют поражения мышц глаза; поражения глазного дна и нерва по сравнению с ними количественно отступают на второй план. Обследованные автором в Бреславле 68 случаев Enc. epid. для выявления поздних или остатачных глазных симптомов распределяются следующим образом в отношении срока с момента начала заболевания: 18 случаев—более 6 месяцев; 5 сл.—1 год; 26 случаев от года до двух; 20 случаев—от 3 до 7 лет.

Обнаруженные глазные симптомы следующие: типичный односторонний парез N. abduc. 4 раза; паралич N VI одного глаза и N. III второго глаза 1 раз: односторонний парез N. recht med. 4 раза; односторонний порез N. III—6 раз; двухсторонний паралич наружных ветвей N. III—2 раза; парез N IV—1 раз; провосторонняя рецидивирующая внутренняя и наружная офтальмоплегия— 1 раз; миостатическая тугоподвижность век и наружных глазных мышц— 10 раз; спазм конвергенции с резким миозом—6 раз; паралич оккоммодации—17 раз; отсутствие световой реакции зрачков при мидриозе в 6-7 mm., при конвергенции—миоз в 3—3,5 mm—3 раза (повидимому начальная стадия абсолютной неподвижности зрачков); односторонняя пупиллотония—2 раза, двухсторонняя пупилотония—1 раз; тоническая конвергенция—2 раза; Papillitis—3 раза; одноименная гениановсия—2 раза.

Д. Кантор.

I. M. Miravent et E. Chivdi. Приготовление и титрование скарлатинозного токсина.

C. R. de la Soc. Biol. № 27. 1926.

Авторы готовили токсин (Dick'a) для реакции Dicka и иммунизации людей следующим образом. К Мартеновскому бульону с 0,5 проц. NaCL, после фильтрации и стерилизации (40 минут при 110°) прибавлялось стерильной глюкозы, так что-бы концентрация ее в среде была 0,2 проц. и дефибринированной овечьей крови 1 проц. Проверка на стерильность 48 часов при 37° и засев 8—12 часовой культурой гемолитического стрептококка. Уже через несколько часов отмечается изменение окраски среды и образование хлопьев, оседающих на дно. Через 4 дня прибавляется толуол и сильно встряхиваются бутыли, а затем через 2 суток фильтрование через бумагу, и затем через свечу Berkefeld'a. Для консервирования прибавляется 0,5 проц. фенола или толуола (последний предпочтительнее). Токсин проверялся на коже человека. Для получения test-dose токсина авторы поступили следующим образом.

Они установили две предельных дозы: 1) наименьшую дозу токсина, которая еще давала положительную реакцию у группы лиц, имевших скарлатину, реконвалесцентов скарлатинозных и выздоровевших в течение ближайших лет от скарлатины—это максимальная доза; 2) наименьшая доза, которая у тех же лиц давала у большинства отрицательную реакцию и лишь у некоторых (немногих) положительную реакцию—это минимальная доза. Повышая эту последнюю дозу, они дошли до такой, которая оказалась отрицательной у большинства из упомянутых суб'ектов, но у некоторых ясно положительной. Эта доза оказалась всегда давала положительную реакцию у заболевших скарлатиной в первые дни болезни и отрицательной у реконвалесцентов. Эту дозу они и называли test-dose. Эта доза оказалась равной 0,1 кб. см. разведения токсина 1:1.000. В качестве контроля авторы применяли токсин, нагретый в течение часа при 105° в тех же разведениях. Количество псевдо-реакций при этом способе оказалось значительно меньше, чем при нагревании до 90° в течение 1 часа. Последнее обстоятельство облегчило авторам чтение результатов, что они могли сделать уже через 24—48 часов.

С. И. Гельберг.

Рецензии и библиография.

Ученые записки Государственного Саратовского Университета имени Н. Т. Чернышевского т. II. Вып. 1. Медицинский факультет. Саратов 1924 г.

Тоже. Том IV. Вып. 1. Медицинский факультет. Саратов 1925 г.

Тоже. Том V, выпуск I мед. фак. Саратов 1926 г.

Клинический жунал Саратовского Университета т. I. №№ 1—5.

Тоже т. II №№ 1—5.

Одним из наиболее острых вопросов современной научной работы является вопрос об издании имеющихся в каждой лаборатории трудов. И далеко не все наши университеты могут похвалиться тем, что обладают достаточными средствами, чтобы итти в этом отношении навстречу требованиям жизни. Лежащие перед нами книги свидетельствуют о том, что Саратовский университет, по мере сил, дает возможность своим сотрудникам опубликовать свои труды и в „Ученых записках", из которых каждый год один том посвящается мед. фак., и в клиническом журнале Университета. Прекрасное впечатление производят в особенности три тома „Ученых записок". Из области теоретической медицины обращают на себя внимание статьи и работы из института общей патологии, директором которого в то время состоял проф. А. А. Богомолец. Большинство из них посвящено вопросам вегетативной нервной системы и эндокринологии. Работа Н. В. Миртовского „Материалы к учению о вегетативной нервной системе" носит диссертационный характер и написана на основании большого количества тщательно поставленных опытов на животных. Не менее интересны и прочие работы из упомянутого Института. Несколько работ о ферментах крови из лаборатории физиологии (проф. М. А. Чуевский) также имеют ценность. Упомяну, наконец, об интересных работах из Института патологической анатомии, фармакологии, судебной медицины и из гистологической лаборатории университета. Среди клинических работ следует отметить обстоятельную монографию Н. В. Алмазова: „Мелопластика при лечении рубцовых сведений нижней челюсти", вышедшей из госпитальной хирургической клиники проф. С. И. Спасокукоцкого и Института топографической анатомии и оперативной хирургии проф. Н. В. Копылова. Большой интерес представляет работа А. Н. Мурзина об операции Elliot'a. Большой материал заключается в подробном научном отчете И. И. Лукова о работе клиники болезней уха, носа и горла проф. Цытовича за первое пятилетие ее существования. Богатый материал имеется и в работе А. Г. Елецкого из клиники С. И. Спасокукоцкого и Института оперативной хирургии Н. П. Копылова. Работа эта также была представлена вместе с другими в качестве диссертации. Но вследствие декрета об отмене ученых степеней, она не могла быть защищена. Интересно отметить все же, что жизнь заставляет искать иных путей оценки достоинства научных трудов. Как видно из примечания к работе Елецкого, она была одобрена „предметной комиссией и факультетом, подвергнута публичному

диспуту в заседании мед. фак., и защита ее положений была единогласно признана вполне удовлетворительной". Обращает на себя еще внимание работа проф. Н. М. Какушкина о кистовидных и железистых включениях трубного угла матки.

Разнообразный и интересный материал мы находим и в рецензируемых книжках клинического журнала Саратовского университета. Статьи имеют более практический, казуистическй характер и большей частью вполне достойны быть напечатанными. Следует лишь более тщательно обработать и проредактировать приложенные к статьям резюмэ на иностранных языках, особенно на немецком.

М. Кроль.

Обращение к патологам и врачам союза.

От Организационного Комитета 3 Союзного С‘езда Патологов.

Расширенный Пленум Организационного Комитета 3 Союзного С‘езда Патологов, созванный в Харькове Правлением Украинского Общества Патологов 14-X 1926 года, вынес следующее постановление:

1. Назначить, по соглашению с Президиумом Украинской Главнауки, гор. Киев местом 3 Союзного С‘езда Патологов.

2. Перенести время С‘езда на 15—20 сентября 1927 года.

3. Намеченные 2 С‘ездом для 3 программные доклады: 1) „О бластоматозном росте“—Max Borst (Мюнхен) и Н. Н. Петров (Ленинград), 2) „О тканевых культурах“—А. А. Кронтовский (Киев) и Rhoda Erdmann (Берлин)—дополнить третьей темой „Патология ретикуло-эндотелиальной системы“—Н. Н. Аничков (Ленинград) и М. М. Павлов (Харьков).

4. Посвятить одно заседание организационным вопросам союзных обществ патологии (докладчик Н. Ф. Мельников-Разведенков (Харьков).

5. Ограничить число докладов С‘езда в течение 5 дней пятьюдесятью.

6. Поручить Правлениям Российского О-ва Патологов (РОП‘а) и Украинского общества Патологов (УКРОП‘а) отбор заявленных к С‘езду докладов по приблизительному расчету: 25-30—РОП‘у, 15-20—УКРОП‘у.

Организационный Комитет С‘езда избрал своим председателем Н. Ф. Мельникова-Разведенкова и кооптировал своими членами председателей Ленинградского и Московского отделений РОП‘а и др.

Одновременно с этим, сознавая ответственность перед союзными патологами за трудное и сложное дело организации С‘езда, Комитет его обращается к товаращам с просьбой принять участие в его организации путем предварительных устных и письменных заявлений Комитету по вопросам организации С‘езда.

С этой целью Комитет считает необходимым познакомить заблаговременно патологов Союза с намечаемым планом организации и предполагаемыми мероприятиями, распределив их по следующим 6 пунктам:

1. Приглашение иностранных патологов.

Участие иностранных патологов в 1 Ленинградском (1923) и во 2 Московском (1925 г.) С‘ездах Патологов содействовало научному сближению с ними настолько, что некоторые немецкие патологи выразили желание приехать на 3 Союзный С‘езд, а именно: почетные члены УКРОП‘а—1) L. Aschoft (Фрейбург), 2) O. Lubarsch (Берлин), 3) Max Borst (Мюнхен), 4) W. Hueck (Лейпциг), 5) R. Rössle (Базель), 6) Rhoda Erdmann (Берлин).

2. Выставка на С'езде.

При С'езде организуется показательная выставка, по намеченному УКРОП'ом плану, из павильонов и витрин различных научных институтов, обществ и учреждений.

В витринах выставляются относящиеся к патологии экспонаты, интересные для союзных и иностранных гостей С'езда, как-то: редкие анатомические препараты, способы их приготовления и сохранения, оригинальные приборы и аппараты, рисунки и фотографии препаратов, предметов оборудования, лабораторных помещений; таблицы, диаграммы, статистики вскрытий, истории учреждений, размеров научной производительности их, списки научных трудов, печатанные оригиналы и т. п.

При ограниченном числе докладов на С'езде, такая выставка может до известной степени компенсировать неудовлетворенное, за недостатком времени, желание союзных патологов познакомить С'езд со своими научными достижениями, хотя бы посредством экспонатов (препаратов, рисунков и таблиц) с краткими об'яснениями их в той или иной форме.

3. Печатание трудов С'езда.

По примеру предыдущих С'ездов, предполагается печатать бюллетень с распределением докладов и занятий С'езда по заседаниям.

Кроме того, материальное содействие со стороны Укрнауки дает возможность осуществить печатание „Трудов С'езда" с рисунками.

В виду важности издания „Трудов С'езда", Комитет заранее просит всех докладчиков представить к С'езду приготовленные к печати рукописи, равно тезисы и автореферaты к ним.

В „Трудах С'езда" предполагается краткое описание всей выставки и более подробное отдельных витрин, по соглашению с авторами их. Если позволят средства, то будут воспроизведены в „Трудах С'езда" в сокращенном виде прения по докладам 2 Московского С'езда (1925 г.) и не появившиеся за истекшее время доклады его, с указанием места и времени опубликования остальных, где-либо напечатанных докладов, чтобы этим до некоторой степени компенсировать несостоявшееся, за отсутствием средств, издание трудов Московского С'езда.

4. Подбор докладов к С'езду.

Как известно, первые два С'езда Патологов проходили без программных тем, при свободном приеме докладов без ограничения числа их, которое достигло на первом С'езде до 100, а на 2 до 150 в течение 5 дней. Обусловленный таким количеством спешный темп и переутомление участников С'езда создавали известные неудобства.

Для ослабления их, расширенный Пленум Организационного Комитета ограничил, как сказано, число докладов и урегулирование приема их поручил Ленинградскому и Московскому Отделениям РОП'а и УКРОП'а, предоставляя остальным республиканским патологам обращаться по их выбору к названным обществам, располагающим в общем 50 местами для докладов. Предпочтение будет отдаваться докладам на программные темы, при чем некоторым докладчикам, в зависимости от свободного времени, будет дано право заменить доклад выступлением в прениях в пределах регламента.

5. Организационные вопросы на С'езде.

Увеличение числа республиканских обществ патологов в Союзе, повышение научных запросов и качества научной деятельности и неблагоприятные условия для их развития выдвигают немало жизненных вопросов, требующих коллективного обсуждения патологов.

Намечены вопросы: о повышении квалификации, материальном обеспечении, совместительстве, перегрузке работой, отдыхе, научных командировках, постоянных консультациях по научным вопросам, в частности, по препаратам, о снабжении патологов научной литературой, о развитии провинциальных филий обществ патологов, о более тесном научном общении во время междус'ездных промежутков, о научном сближении путем обмена материалов для исследования и ознакомления с лабораторными приемами, разрабатываемыми вопросами и т. д.

6. О льготах для членов С'езда.

Скромные материальные рессурсы союзных патологов побуждают организационный Комитет обратить особое внимание на возможные меры к облегчению участия иногородних членов в С'езде.

Укрнаука с своей стороны делает все возможное, чтобы прийти на помощь Комитету в этом отношении.

Льготы могут коснуться: 1) связанного с участием в С'езде обратного проезда по железным и иным дорогам, 2) льготного пользования трамваем г. Киева и 3) квартирного и пищевого довольствия членов во время С'езда.

К этому примыкают вопросы организации развлечений для членов С'езда: экскурсии по историческим и живописным окрестностям Киева, осмотры музеев, памятников старины, искусства и проч., совершаемые организованным порядком на возможно льготных условиях.

Состав организационного комитета.

Председатель Н. Ф. Мельников-Разведенков (Харьков, ул. К. Либкнехта, № 41), заместитель председателя П. А. Кучеренко (Киев, ул. Короленко, № 73, кв. 1) члены: А. И. Абрикосов (Москва), Н. Н. Аничков (Ленинград), А. И. Моисеев (Ленинград), А. А. Кронтовский (Киев), М. М. Павлов (Харьков), М. М. Тизенгаузен (Одесса), М. П. Нещадименко (Киев).

Секретарь Ф. М. Бриккер (Харьков, ул. Свердлова, № 36, кв. 3).

Казначей Г. А. Масалитинов (Харьков, Клочковская ул., № 33).

Последний срок представления заявок на доклады—*1 июня 1927 г.* Патологи РСФСР присылают заявки председателю РОП'а—профессору А. И. Абрикосову, (Москва, 69, Трубниковский пер., № 26, кв. 5); патологи Украины—председателю Орг. Комитета, профессору Н. Ф. Мельникову-Разведенкову (Харьков, ул. Карла Либкнехта, № 41); патологи остальных республик—по своему усмотрению, РОП'у или УКРОП'у.

Членский взнос 5 рублей принимается казначеем Орг. Комитета—Г. А. Масалитиновым (Харьков, Клочковская ул., № 33).

Бюро Комитета: 1) *В Харькове:* ул. Карла Либкнехта, № 41, Украинский Патолого-Анатомический Институт; 2) *В Киеве:* Бульвар Шевченко, № 17, Патолого-Анатомический Кабинет Киевского Медицинского Института.

Председатель Организационного Комитета 3 Союзного С'езда Патологов Профессор *Н. Ф. Мельников-Разведенков.*

Секретарь *Ф. М. Бриккер.*



ОГЛАВЛЕНИЕ.

Общественное здравоохранение и гигиена.

Теоретическая и экспериментальная медицина.

Клиническая медицина.

Заметки из практики.

Отчеты и корреспонденции.

Обзоры.

Рефераты.

Рецензии и библиографии.


B000000 1860563